

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2012

Bc. Tereza Morávková

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví N5345
Studijní obor: Intenzivní péče MIP 5345T024



Bc. Tereza Morávková

Psychická podpora a komunikace s rodinou novorozence na ARO/JIP

**Psychological support and communication with family on newborn
resuscitation, ICU**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Praha

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím – ~~Nesouhlasím~~*

V Praze 30. 03. 2012

.....
Bc. Tereza Morávková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji především paní PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za profesionální vedení diplomové práce a za věcné a cenné rady a připomínky, které mi v průběhu psaní této práce poskytla.

Dále děkuji panu Doc. MUDr. Jozefovi Hozovi, CSc. za odborné konzultace. Velký dík patří mojí mamince Zuzaně Kostkové a panu Martinovi Součkovi, za pomoc při statistickém zpracování dat.

Také děkuji vedení nemocnic, Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice Motol v Praze, Ústavu pro Péči o Matku a Dítě v Praze Podolí, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a Nemocnici v Českých Budějovicích a.s. za umožnění tohoto výzkumu. Zvláštní poděkování patří všem respondentkám, které byly ochotny se na výzkumu podílet.

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Oponent: Mgr. Martina Bašková

Datum obhajoby:

Výsledek obhajoby:

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

MORÁVKOVÁ, Tereza, *Psychická podpora a komunikace s rodinou novorozence na ARO/JIP (Psychological support and communication with family on newborn resuscitation, ICU)*, Praha, 2012, 86 stran, 6 příloh. Diplomová práce Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, navazující magisterské studium intenzivní péče 2011/2012, ÚTPO. Vedoucí práce: Mellanová Alena.

ABSTRAKT

Tato práce je teoreticko empirická a je zaměřena na psychickou podporu a komunikaci s rodiči, kteří mají novorozence na oddělení ARO nebo JIP. Věnuje se přístupu zdravotníků k těmto rodičům, a to především psychické podpoře spočívající v dostatečné a adekvátní komunikaci.

Teoretická část začíná klasifikací novorozenců. Dále jsou popsány důvody pro intenzivní péči novorozenců a samotná péče o předčasně narozené děti. Následně jsou uvedeny psychické změny, ke kterým u rodičů hospitalizovaného novorozence na ARO nebo JIP dochází. V této kapitole je popsána i obecná charakteristika strachu a úzkosti. V další části jsou popsány důvody, možné projevy a následky prožívání strachu a úzkosti rodin, jejich individuální rozdíly a možný vliv na péči o novorozence a přístup ke zdravotnickému personálu. V další kapitole jsou uvedeny zásady komunikace s rodinou novorozenců na ARO/JIP. Jsou zde zmíněny jak komunikační prostředky, tak konflikty při komunikaci, ke kterým může dojít. Ke konci teoretické části je kapitola o vzdělávání sester, kde jsou zahrnuty zvláštnosti práce sester na ARO a JIP a jejich profesionální chování. Teoretická část je zakončena kapitolou o etických problémech v neonatologii. Jsou zde zahrnuty nejčastější etické problémy a krátce jsou popsány i etické kodexy vztahující se k této problematice.

Výzkumná část této diplomové práce byla zaměřena na zjištění, do jaké míry prožívají rodiče strach a úzkost o své dítě. Zjišťovali jsme, zda existují nějaké závislosti v prožívání strachu a úzkosti u rodičů a zda je možné předem odhadnout, kteří rodiče budou tyto pocity více prožívat. Pokusili jsme se zjistit, co pomáhá rodičům tyto negativní emoce odstranit nebo mírnit a zda je tedy možné těmto pocitům. Dále jsme zjišťovali, jakým způsobem zdravotničtí pracovníci komunikují s rodiči novorozenců a zda tento přístup je vhodný, či existuje jiný, lepší způsob, či metoda, jak k těmto rodičům přistupovat, komunikovat s nimi a psychicky je podporovat, aby tuto těžkou situaci, kdy mají dítě ve vážném stavu, zvládali co nejlépe.

Klíčová slova:

psychická podpora, komunikace, strach, úzkost, novorozenec, intenzivní péče, zdravotník

ABSTRACT

This diploma thesis is theoretical and empirical, and focuses on emotional support and communication with parents of a newborn in a resuscitation department or ICU. It analyzes the approach that the medical staff has towards these parents, specifically psychological support in the form of sufficient and adequate communication.

The theoretical section begins with the classification of newborns. Next the reasons for intensive and neonatal care for very premature babies are discussed. The following chapter contains an analysis of the psychological changes that the parents of a newborn in a resuscitation department or ICU may experience. This chapter describes the general characteristics of fear and anxiety. The next section describes the reasons, possible manifestations and consequences of this fear and anxiety experienced by the families. The next chapter sets out the principles of communication with a family in a neonatal resuscitation department or ICU. Here both the means of communication and possible communication conflicts are mentioned. At the end of the theoretical section there is a chapter on nurse education, which includes specifics for the professional conduct of nurses working at a resuscitation department or ICU. The theoretical section finishes with a chapter on ethical issues in neonatology. It includes the most common ethical issues and briefly describes ethical codes related to this topic.

The research part of this thesis was aimed to determine the extent to which parents experience fear and anxiety about their child. We investigated whether there are any patterns in the fear and anxiety experience and whether it is possible to anticipate which parents will experience these feelings at a higher degree. We tried to find out what helps parents to eliminate or moderate these feelings and based on our findings we suggest the means of prevention or at least moderation of these negative emotions. We also investigated how health professionals communicate with parents of the babies; evaluating whether their approach is suitable or if there is a more effective means of communicating and providing emotional support to help the parents better manage this difficult situation when their child is in a serious condition.

Key words:

psychological support, communication, fear, anxiety, newborn, intensive care, medic

OBSAH

Úvod

TEORETICKÁ ČÁST

1	Intenzivní péče o novorozence a speciální péče o jejich rodiče	13
1.1	Klasifikace novorozenců.....	13
1.1.1	Jiné důvody pro intenzivní péči u novorozenců	14
1.2	Péče o předčasně narozené děti	17
1.2.1	Specifika práce o novorozence na jednotkách intenzivní péče.....	18
1.2.2	Nejčastější zdravotní problémy spojené s péčí o nezralé novorozence ..	18
2	Základní psychologické aspekty objevující se na NJIP	20
2.1	Úzkost a strach a jejich charakteristika.....	20
2.1.1	Obecné projevy strachu a úzkosti	20
2.1.2	Individuální rozdíly v prožívání strachu a úzkosti.....	21
2.2	Stres	21
3	Zásady komunikace s rodinou novorozenců na ARO a JIP.....	23
3.1	Komunikační prostředky.....	23
3.2	Psychická podpora rodiny.....	24
3.3	Konflikty při komunikaci.....	26
3.4	Edukační činnost.....	27
4	Specifika práce sester na ARO a JIP	28
4.1	Vzdělávání sester	28
4.2	Zvláštnosti práce sester na ARO a JIP	28
4.3	Profesionální chování sester, prevence syndromu vyhoření.....	29
4.4	Psychologie sestry.....	30
5	Etické aspekty v neonatologii	31
5.1	Nejčastější etické problémy	31
5.2	Etické kodexy	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
6	Výzkumné šetření	35
6.1	Cíle práce	35
6.2	Hypotézy	35
6.3	Metody výzkumu	35

6.3.1	Metodika práce	35
6.3.2	Organizace výzkumu	36
6.3.3	Charakteristika zkoumaného souboru.....	38
6.4	Vyhodnocení a výsledky výzkumu	42
6.4.1	Analýza závislostí jednotlivých položek	55
7	Diskuse.....	62
8	Závěr	67
9	Doporučení pro praxi	68
10	Seznam použité literatury	69
	Přehled tabulek	
	Přehled grafů	
	Seznam příloh	
	Přílohy	

ÚVOD

Téma mé diplomové práce - Psychická podpora a komunikace s rodinou novorozence na ARO/JIP - jsem si zvolila, protože mateřství je pro ženu zásadní zlom v jejím životě a většina očekává, že jejich dítě bude zdravé a vše bude probíhat bez problémů, ale bohužel vždy tomu tak není. V případě narození dítěte, které vyžaduje speciální péči je proto důležité vědět i to, jak psychicky a emočně podporovat rodiče takovýchto dětí a jak nejen k nim, ale i k celé rodině profesionálně přistupovat a komunikovat s nimi ze strany zdravotnických pracovníků.

To, že se žena stane matkou, je záležitost vysoce emočně zabarvená, plná očekávání, nadějí i zvláštní směsice zvědavosti, ale i úzkosti, napětí a strachu z neznámého. Pokud její dítě vyžaduje intenzivní péči, je přirozené, že tyto pocity úzkosti a strachu velmi převažují a to nejen u matky, ale u celé rodiny. Je to tak přirozené a normální, že se zdá, že tomu vlastně nemusí být věnována prakticky žádná pozornost.

V literatuře se o psychickém stavu a podpoře rodin novorozenců vyžadujících intenzivní péči píše jen velmi málo a odborná literatura se většinou omezuje na obecné konstatování, že je třeba věnovat psychickému stavu rodiny pozornost. Zdravotníkům, kteří na oddělení intenzivní péče pro novorozence pracují a přicházejí do kontaktu s rodinami nemocných novorozenců, je také více než jasné, že většina žen prožívá obavy, že mají o své dítě strach. V očích zdravotníků je zcela normální, že matka má strach o to, zda je a bude její dítě v pořádku, že bude mít strach z neznámé situace. I přesto, že jsou popisované stavy u většiny matek považovány za „normální“, domnívám se, že by si psychický stav, a to nejen matek, zasloužil mnohem větší pozornost, než je mu dosud věnována.

Pro samotné zdravotníky je práce na intenzivní péči obecně také velmi psychicky náročná. A pokud se jedná o dětskou jednotku intenzivní péče, psychická zátěž je ještě vyšší. Je důležité si tuto skutečnost uvědomovat a dbát nejen na profesionální přístup, ale také na psychický stav či odpočinek nejen zdravotních sester, ale všech zdravotnických pracovníků.

V této diplomové práci bych se chtěla věnovat nejen tomu, jak pomoci a podporovat rodiny dětí vyžadujících intenzivní péči, ale zároveň, jak přistupovat k této nelehké profesi, aby to bylo pro zdravotníky co nejméně psychicky náročné.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Intenzivní péče o novorozence a speciální péče o jejich rodiče

Každý rodič dítěte vyžadujícího speciální péči pokládá sobě i zdravotníkům otázky: Co se děje? Co je mému miminku? Jak dlouho bude vše trvat? Jakou má šanci na uzdravení a "normální" život? A kde to vlastně leží a kdo se o něj stará? Odpověď na tyto otázky bývá někdy obtížná a nemusí být vždy jednoznačná (11). Od zdravotnického personálu se očekává, že součástí jejich práce je i maximálně srozumitelně vysvětlovat, co se právě s jejich dítětem děje, jaký je jeho aktuální stav a jaký předpokládají další průběh (5). Je nutné mít neustále na paměti, že speciální péči potřebují v takovém případě nejen děti, ale i jejich rodiče (21).

Přestože je snaha jakákoliv dětská oddělení upravit a vybavit co nejvládněji a nejprátelštěji, prostředí novorozenecké jednotky intenzivní péče (NJIP) je pro rodiče stresující a často i děsící. Někteří autoři je popisují jako cizí, hlučné, bez jakéhokoliv soukromí, s atmosférou prohlubující strach, ve kterém si rodiče ani nemohou vytvořit vztah ke svému snadno zranitelnému dítěti. Vidí je napojené na množství přístrojů, nevědí, zda se ho mohou dotknout, s jakou reakcí od zdravotnického personálu se setkají. V prostředí NJIP se necítí dobře. V mnoha případech se ani necítí být rodiči (11).

1.1 Klasifikace novorozenců

Novorozence lze klasifikovat podle několika různých hledisek:

Klasifikace dle délky těhotenství

- Narozené před termínem (nedonošené) = gestační věk pod 38. týden
- Narozené v termínu (donošené) = gestační věk mezi 38. a 42. týdnem
- Narozené po termínu (přenášené) = gestační věk nad 42. týden

Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku

- Eutrofické – stav výživy odpovídá gestačnímu věku
- Hypotrofické – porodní hmotnost je nižší než odpovídá gestačnímu věku
- Hypertrofické - porodní hmotnost je vyšší než odpovídá gestačnímu věku

Klasifikace dle zralosti

- Extrémně nezralé – narozené do 28. týdne gestace s hmotností 500 – 999 gramů (ELBW = Extremely Low Birth Weight)
- Velmi nezralé – narozené do 32 týdne gestace s hmotností 1000 – 1499 gramů (VLBW = Very Low Birth Weight)
- Středně nezralé – narozené do 34. týdne gestace s hmotností 1500 – 1999 gramů (LBW = Low Birth Weight)
- Lehce nezralé – narozené do 38. týdne gestace s hmotností 2000 -2499 gramů (LBW = Low Birth Weight)

Pro účely této diplomové práce lze však zobecnit klasifikaci novorozenců na předčasně narozené děti a děti donošené.

Předčasně narozené děti

Jsou to děti, které se narodí předčasně, tzn. před 38. týdnem gravidity. Tvoří největší část dětí nízké porodní hmotnosti a jsou zatíženi vysokou mortalitou a morbiditou. Jejich porodní hmotnost bývá pod 2500 g. Mohou se narodit děti vážící méně než 500 g – pokud přežijí 24 hodin po porodu, počítají se rovněž mezi novorozence, pokud zemřou během 24 hodin, počítají se mezi potraty. Nezralý novorozenec se přizpůsobuje životu ve vnějším prostředí s většími či menšími problémy, proto je ne nezbytný jeho pobyt na jednotkách intenzivní a resuscitační péče.

Příčinou adaptačních problémů po narození je nezralost orgánů a tkání. Čím dříve je dítě narozené, tím méně je zralé a tím více zranitelné. Záleží při tom více na gestačním věku než na hmotnosti (11, 34).

1.1.1 Jiné důvody pro intenzivní péči u novorozenců

Děti přijímané na Jednotku intenzivní a resuscitační péče jsou buď děti narozené předčasně – těch je převážná většina - nebo děti narozené v termínu, které měly nějaký problém během porodu nebo v prvních hodinách či dnech po porodu. Jsou však některé diagnózy a komplikace u dětí ležících na JIP, které jsou velmi časté a mohou postihnout

všechny děti, ať již narozené předčasně, či donošené. Samozřejmě je velký rozdíl mezi "zdravými", předčasně narozenými dětmi a dětmi donošenými, ale nemocnými (3).

Věnovat se podrobně jednotlivým diagnózám, které jsou nejčastější pro novorozence na JIP není předmětem této práce, ale pro přehlednost a pochopení situace stručně uvádím alespoň některé z nich.

Idiopatický syndrom respirační tísně novorozence (IRDS)

IRDS postihuje až 90% předčasně narozených novorozenců s porodní hmotností do 1000 g, ale i u větších, předčasně narozených dětí je poměrně častý. Plíce zralých dětí produkují surfaktant, což je látka fosfolipidové povahy, která vystýlá plicní sklípky a pomáhá snadnějšímu rozepětí plicních sklípků a výrazně tak usnadňuje dýchání. Nezralé děti mají v prvních hodinách a dnech po porodu surfaktantu výrazně méně. Nedostatek surfaktantu mohou ale mít i děti narozené v termínu, surfaktant se totiž ničí při zánětu a nebo např. při aspiraci (vdechnutí) plodové vody. Alveoly po každém výdechu kolabují a novorozenec musí při každém nádechu vyvinout úsilí jako při prvním vdechu po narození (34).

Další důvod dechových obtíží u nezralých dětí je anatomická nezralost plic, plíce mají menší množství plicních sklípků a tím i výrazně menší plochu pro výměnu plynů a také jsou "slabší", nedokážou vyvinout dostatečné dechové úsilí. Z těchto důvodů může být pro nezralé děti dýchání velmi namáhavé a některé by bez léčby samy dýchaly jen velmi obtížně nebo vůbec (11).

Perzistující tepenná dučej (PDA)

Tepenná dučej je cévní spojka, která spojuje malý a velký krevní oběh (aortu a plicnici). V nitroděložním životě tak působí jako bypass (zkrat) a většina krve tak obchází plíce (výměna krevních plynů probíhá v této době přes placentu). Za normálních okolností se dučej uzavírá do několika hodin po porodu. Ale u některých nezralých dětí se může zavřít neúplně nebo se po určité době může opět otevřít. V takovém případě pak teče plicním oběhem zvýšené množství krve, což způsobuje překrvení plic a následně problémy s dýcháním, zhoršené krevní zásobení jiných orgánů a současně dochází k přetěžování srdce. Krev, tekoucí přes zúženou cévu, vyvolává šelest, který může lékaře na PDA upozornit (34).

Apnoické pauzy

Regulace dýchání dozrává individuálně, nejčastěji v období okolo 32.-35.g.t. Nezralí novorozenci dýchají periodicky - střídají se úseky rychlejšího a pomalejšího dýchání s několikavteřinovými pauzami. Pokud pauzy trvají déle než 20vteřin označujeme je jako apnoe. Kromě nezralosti mohou být apnoické pauzy signálem počínajícího onemocnění, nejčastěji infekce. Na oddělení neonatologické jednotky intenzivní péče (NJIP) jsou děti monitorovány nejčastěji pulzním oxymetrem a dechovým monitorem, proto mohou být apnoe rychle diagnostikovány a neohrožují je na životě (27, 34).

Novorozenecká žloutenka

Žloutenka se objevuje při vysoké hladině žlutého krevního barviva bilirubinu v krvi. Bilirubin vzniká jako produkt při rozpadu červených krvinek (erytrocytů) a za normálních okolností je "recyklován" v játrech. Novorozenci mají větší množství červených krvinek než dospělí, jde o jiný typ červených krvinek, tzv. fetální erytrocyty, které přežívají kratší dobu, po porodu jsou nahrazovány tzv. „dospělými erytrocyty“. A kromě toho funkčně nezralá játra v prvních dnech po narození nedokáží efektivně odbourávat zvýšené množství bilirubinu, ten se hromadí v kůži, která tak má žlutou barvu. Intenzita žloutenky závisí na mnoha faktorech, závažná žloutenka může vzniknout při tzv. Rh nebo ABO isoimunizaci (nesnášenlivost krevních skupin u matky a dítěte). U nezralých dětí je určitý stupeň žloutenky pravidlem, žloutenka obvykle nastupuje později, trvá delší dobu, ale nebývá však závažná (34).

Funkce *jater* je také nezralá - mají nedostatek enzymů. Játra nestačí vyloučit přebytek bilirubinu, který vzniká v prvních dnech života novorozenců ve velkém množství (27).

Krvácení do centrálního nervového systému

Jde o krvácení do centrálního nervového systému, které vzniká nejčastěji u nezralých dětí v oblasti mozkových komor, ale příčinou může být nejen nezralost, ale také například těžký porod, při kterém dojde k mechanickému poranění – např. porod velkého plodu, klešťový porod apod. Rostoucí cévy v těchto místech jsou velmi jemné a křehké a změny krevního oběhu, zvláště pak kolísání krevního tlaku v prvních dnech po narození, mohou způsobit prasknutí těchto drobných cév a následně krvácení. Diagnóza se stanoví pomocí zobrazovacího vyšetření - nejčastěji ultrazvuk. Ultrazvuk je velmi

užitečný i v následujícím období, při sledování postupu hojení. Rozeznáváme 4. stupně krvácení do nervového systému. Krvácení 1. a 2. stupně je omezeno jen na mozkové komory, v naprosté většině se spontánně vstřebá zcela bez následků a prognóza dalšího vývoje dítěte je příznivá. Krvácení 3. stupně, je krvácení do komor většího rozsahu, většinou se též hojí bez reziduí, ale hrozí zde již větší nebezpečí např. ucpaní mokvých cest krevní sraženinou a vznik hydrocefalu. Krvácení 4. stupně znamená poškození mozkové tkáně, většinou s vážnými následky pro další vývoj dítěte. Tento stupeň krvácení je naštěstí velmi vzácný (34).

Retinopatie nezralých novorozenců

Sítnice dětí dozrává v poslední třetině těhotenství. Dozráváním sítnice rozumíme prorůstání cév, které sítnici vyživují a rostou od centra sítnice do její periferie. U nezralých dětí může dojít k poruše tohoto růstu a následnému poškození zraku. Tento stav se nazývá retinopatie nezralých. Příčina není zcela známá, jako hlavní faktor se uvádí kolísání hladiny kyslíku v prvních týdnech života a jako jeden z výrazných spolupůsobících faktorů se udává zánět, vzniklý jak před porodem, tak i po narození. Vzhledem k tomu, že rozvojem retinopatie jsou ohroženy všechny děti narozené předčasně, jsou tito novorozenci pravidelně, v 1-2 týdenních intervalech, kontrolovány oftalmologem (11, 34).

Toto jsou pouze ty nejčastější diagnózy, se kterými se na NJIP můžeme setkat. Ale je jich celá řada. U většiny z nich je potřeba, aby bylo dítě umístěno v inkubátoru a mnohdy monitorováno různými přístroji (24). Proto je důležité stále si uvědomovat, že šetrnou péči potřebuje nejen každé dítě ale také, že individuální přístup, dostatek času a prostoru pro vysvětlení a pochopení toho, co se s miminkem právě děje a proč, potřebuje i jeho rodina (6).

1.2 Péče o předčasně narozené děti

Jednotka intenzivní péče pro novorozence je oddělení, na kterém se poskytuje specializovaná péče ohroženým dětem. Všichni lékaři i sestřičky jsou odborně vyškoleni a mají velké zkušenosti v péči o velmi malé a nemocné děti (3).

Odborné znalosti a zkušenosti ale nejsou jediné parametry, které by zdravotníci pracující na jednotkách intenzivní péče, zejména jedná-li se o péči o děti, měli splňovat.

Je velice důležité, ale byli velmi citliví, empatiční a vyrovnaní, jelikož tato práce je velice psychicky náročná (3, 11). Tomu se ale budu podrobněji věnovat v následujících kapitolách.

Ale i velmi vzdělaný a empatický zdravotník by se nedokázal správně a efektivně postarat o takto postižené děti, kdyby neměl k dispozici odpovídající přístroje a pomůcky. A i na to je třeba neustále myslet.

1.2.1 Specifika práce o novorozence na jednotkách intenzivní péče

Jak již bylo několikrát řečeno, novorozenci, a to zejména ti nezralí, jsou velmi citliví na jakoukoliv manipulaci. Jejich kůže je daleko náchylnější ke vzniku infekce než u dospělých pacientů, proto péče o ně musí být co nejjemnější za použití těch nejšetrnějších pomůcek a prostředků (10). Nešetrnou manipulací totiž může vzniknout velmi vážné poranění, které ve svém důsledku může mít velmi fatální následky (34).

1.2.2 Nejčastější zdravotní problémy spojené s péčí o nezralé novorozence

K výše popsaným zdravotním problémům a komplikacím, které vyplývají z nižšího stupně donošenosti nebo vrozené nemoci dítěte, se mohou přidružit i zdravotní problémy vzniklé při péči o tak choulostivého pacienta. Pro představu, jaké „banality“ mohou novorozence na NJIP také ohrozit, popíšu zde, zdánlivě podrobně, s čím vším musí personál na NJIP počítat a co všechno působí na psychiku jak personálu, tak rodiny dítěte.

Kůže je u těžce nezralých živě červená, průsvitná, chybí mázek, lanugo (jemné chloupky na zádech a ramenou) bývá řídké. U více zralých dětí je kůže tmavě růžová, prosvítají jen velké žilky, je bohatě pokryta mázkem, v různém rozsahu je pokryta jemnými chloupky – lanugem. Je často prosáklá, tvoří se otoky, zvláště na končetinách. Kůže nedonošených je velmi citlivá ke všem desinfekčním roztokům. I jemné otření kůže před injekcí může způsobit rozsáhlé popáleniny, zejména u těžce nezralých. Kůže je také citlivá k mechanickým insultům. Při odlepování náplasti se trhá povrchová vrstvička pokožky a vznikají rozsáhlé eroze, kterými dítě ztrácí tekutiny a které jsou snadnou vstupní branou infekce (3, 24, 27)

Rovněž *sliznice* jsou velmi citlivé na poranění. Při nešetrném sondování trávicího traktu nebo odsávání dýchacích cest může dojít k porušení sliznice, krvácení a poškození stěny orgánu (27).

V *zažívacím traktu* nezralých dětí je méně trávicích šťáv, je zpomalená motilita střev, což vede ke špatné evakuaci žaludku a k delší dobu trvající intoleranci stravy. Smolka, což je tmavá dehtovitá stolice novorozence, odchází více dnů než u donošených dětí, někdy až 2 týdny (24).

Termolabilita - Čím menší dítě, tím snadněji a rychleji se podchladí. Příčinou ztráty tepla (vyzařováním) je velký povrch těla vzhledem k hmotnosti a tenká vrstva podkožního tuku. Reakcí novorozence na chlad je zvýšená produkce tepla, která se děje především chemickou reakcí v tzv. hnědém tuku novorozence. Při této reakci se ale několikanásobně zvyšuje spotřeba kyslíku. V chladném prostředí proto vzniká nepoměr mezi ztrátami a tvorbou tepla, vzniká velký rozdíl mezi teplotou kůže a okolím a teplota novorozence klesá. Percepční zónou velmi citlivou na změny teploty prostředí je pokožka obličeje. Podchlazený novorozenec mívá apnotické pauzy, záchvaty cyanózy, hypoglykemii, metabolickou acidózu, což může vyústit v metabolický rozvrat (27).

2 Základní psychologické aspekty objevující se na NJIP

2.1 Úzkost a strach a jejich charakteristika

Úzkost i strach jsou psychosomatické stavy, které jedinec prožívá většinou nepříjemně. Patří však do standardní výbavy každého lidského organismu (20).

Úzkost a strach, stejně jako další nelibé pocity jako je bolest, lítost, smutek, hlad a podobně, nám slouží jako signalizátoři určitého nebezpečí, nežádoucího stavu či nekontrolovatelné změny. Tyto nepříjemné pocity a prožitky jsou podnětem k jednání, které ve svém důsledku navozuje ztracenou rovnováhu, aktivizuje nás k činnosti a v určitých případech ochraňuje náš život (40).

Úzkost neboli *anxieta* se také nazývá strachem bez předmětu (31). Jedinec má strach, ale neví z čeho, má pocit, že by měl něco udělat, ale neví co. Strach se od úzkosti liší pouze tím, že má viditelnou, reálnou či konkrétní příčinu, je tedy racionální a srozumitelný. Na otázku „Z čeho máš strach?“ můžeme odpovědět snáze než na otázku „Z čeho máš úzkost?“ (21).

Strach je možné definovat jako emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznané nebezpečí a trvá jen po dobu ohrožení (23). U úzkosti je příčina v oblasti myšlenkové. (14). Je patrné, že na rozdíl od strachu se úzkosti nemůžeme tak snadno zbavit zvládnutím dané situace nebo únikem z ní. Úzkost mívá pro člověka většinou větší důležitost než objektivní realita. Úzkost je tak přítomna třeba jen ve skryté podobě u každého rozhodování, a to i mezi dvěma příjemnými možnostmi. Úzkost doprovází zklamání z nesplněného očekávání, frustrace způsobená nečekanou překážkou a většinou dalších běžných i závažných událostí a změn (14).

2.1.1 Obecné projevy strachu a úzkosti

Jak již bylo zmíněno, jde o pocity, které aktivizují člověka k nějakému jednání. Dochází k mobilizaci dostupných sil a rezerv, které potřebujeme ke zvládnutí nebezpečné nebo ohrožující situace. Je aktivován neurovegetativní systém, pod vlivem sympatiku dochází k vyplavení adrenalinu, noradrenalinu a dalších chemických látek, které zvýší výkonnost v psychické i fyzické sféře. Přednostně se aktivuje pohybový, oběhový, dýchací a nervový systém. Ostatní systémy jsou utlumené (32).

Do určitého stupně je pro nás úzkost a strach užitečný, záleží však nejen na síle reálného ohrožení, ale také na schopnosti každého jednotlivce, jakým způsobem se

s pocity strachu a úzkosti vyrovnává, do jaké míry ho tyto pocity ovládají (23). Existuje individuální citlivost vůči situacím, které tyto emoce vyvolávají.

Jestliže stupeň úzkosti a strachu překročí pro nás únosnou míru, začíná převládat nervozita a od jisté úrovně se zhoršuje schopnost soustředění a schopnost výkonnosti klesá (31).

Jestliže pocit strachu a úzkosti přetrvává delší dobu, dochází k narušení základních funkcí organismu. Mění se kvalita i kvantita spánkového rytmu. Někdy nám vysoké obrátky, do kterých nás úzkost a strach nastavila, ani nedovolí usnout (14).

2.1.2 Individuální rozdíly v prožívání strachu a úzkosti

Existují individuální rozdíly v tom, jak jedinec reaguje na zátěžové situace, jak se s nimi vyrovnává. Například pro jednu matku je informace, že její dítě čeká nějaké vyšetření, pouze konstatování a přijme tuto informaci jako fakt, druhé matce již pouhá představa, že neví, kdo a co bude s jejím dítětem dělat, nahání strach a hrůzu (19).

Příčinu těchto individuálních rozdílů vidí psychologové v míře osobní jistoty, kterou si člověk buduje od narození po celý život. Pokud člověk vyrůstá a žije v prostředí, které posiluje jeho jistotu, že ho život a svět ničím neohrožují, bude méně úzkostný a bude pociťovat strach pouze v situacích, které ho reálně ohrožují (25). Jestliže však takové štěstí nemá a vyrůstá v nejisté rodinné situaci vyvolané například tím, že rodiče jsou sami úzkostní a svou úzkost přenášejí na dítě nebo nejistotu přináší rodinná situace, nevěra, rozvod, konflikty, absence jednoho z rodičů, domácí násilí a podobně, pak tito lidé mohou pociťovat strach a úzkost ve větší míře a daleko častěji (21).

2.2 Stres

Úzkost a strach nelze zcela oddělit od pojmu stres. Pojem stres se ale stal módním slovem a v dnešní době jsou za stres označovány všechny možné okolnosti a podněty každodenního života, které vyvolávají pocity nelibosti (20). Často se slovo stres nesprávně používá pro situaci, která stres vyvolává. Za stres se označuje činitel působící na organismus nepříznivě, například horko, chlad, neustálý shon, časová tíseň, nezaměstnanost, finanční nejistota, ohrožení existence a životního standardu, honba za kariérou, dehumanizované vztahy mezi lidmi, situace, které vyvolávají úzkost a napětí.

Tyto situace však nejsou stresem, ale jsou to faktory, správně nazývané stresory, které stres vyvolávají. (14).

Například zdrojem „pracovního stresu“ může být strach, že nestihnu udělat svojí práci, že ji neudělám dost kvalitně nebo, že o ni dokonce přijdu. „Stres v osobním životě“ často pramení ze strachu o své zdraví nebo o zdraví svých blízkých, strach o své děti, strach ze ztráty partnera, strach ze samoty, strach ze ztráty smyslu života, strach ze smrti a podobně (20).

Praktický slovník medicíny definuje stres jako „stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, ať už tělesnou, nebo duševní“ (41) Fyziologická odpověď organismu na stres je podobná jako reakce organismu na strach a úzkost.

Časté, opakované změny vyvolané stresem mohou postupně vést k vyčerpání a k útlumu. Je-li organismus stresován dlouhodobě, lze počítat s tím, že dříve nebo později dojde u člověka k poruše zdraví (14). Stres je dáván do přímé souvislosti s poruchami zdraví v rámci jejich mnohočetné etiologie a teorie vycházející z koncepce psychického stresu tvoří jeden ze základů psychosomatické medicíny (1).

Péče o nedonošeného nebo nemocného novorozence patří rozhodně k jednomu z největších stresorů v lidském životě jak zdravotníka, tak rodiče a blízké (23).

3 Zásady komunikace s rodinou novorozenců na ARO a JIP

Pobyt dítěte na NJIP, zvláště je-li dítě v kritickém stavu, je pro rodiče nesmírnou zátěží. Vyčerpává je kolísání mezi nadějí a beznadějí, cestování za dítětem, narušení jejich pracovního a životního režimu, nedostatek spánku. Podvědomě se na dítě za jeho nemoc a za problémy, které jim způsobilo, můžou zlobit, ale když si to uvědomí, začnou se sebeobviňovat. Vzniká začarovaný kruh. Rozhovorem s nimi musíme dát najevo, že o podobných pocitech víme, jsou obvyklé a není na nich nic špatného (34).

3.1 Komunikační prostředky

Komunikace je nesporně nejdůležitějším nástrojem a dostatečná a promyšlená komunikace je základem úspěchu. Je důležité uvědomit si, že každý z nás má sobě vlastní způsob komunikace (19). Odlišujeme se v dynamice řeči, intonaci, hlasitosti, ve výslovnosti, ve výběru slov, v užití nonverbálních projevů, atd.

Komunikace má stránku verbální neboli řečovou, což je to, co chceme sdělit. Ale součástí komunikace je i celá řada nonverbálních, tedy mimoslovních prostředků, které užíváme jakoby intuitivně, podprahově a které zdůrazňují sdělované skutečnosti, nebo je popírají či doplňují (36).

Prvním předpokladem úspěšné komunikace je schopnost empatie, tedy schopnost vcítit se do situace. Výraz empatie je často chápán nesprávně, nejde o soucit, který může dokonce druhého zraňovat, ale jde o schopnost představit si, jak bych se v dané situaci, v níž je pacient, cítil sám a co bych v takové situaci nejvíce potřeboval (19).

Při komunikaci přemýšlíme především o způsobu komunikace, o lidech, se kterými komunikujeme, o informacích, které potřebujeme sdělit a o prostředí, ve kterém komunikujeme (19).

Je důležité si uvědomit, že způsob komunikace, je přirozeným mostem ke vzájemnému vztahu, jehož pilíři jsou důvěra, zájem, empatie a určitě vzájemné naladění se, resp. "naladění se na klienta". Každý máme vlastní přístup, pocity a názory, které mohou ovlivňovat naše vidění a vnímání druhého člověka (19).

3.2 Psychická podpora rodiny

Vytvoření citového vztahu mezi nedonošeným nebo nemocným novorozencem a jeho rodiči může být někdy velice obtížné. Je na zdravotnických pracovnících, aby byli v tomto důležitém procesu průvodcem a oporou. Základem podpory rodičů je umožnit jim účastnit se péče o jejich dítě, nést za ni zodpovědnost a získat vědomosti o stavu dítěte (34).

Tato práce je pro sestry i lékaře velice náročná a vyčerpávající, často si říkají, jak by se jim lépe pracovalo, kdyby tam rodiče nebyli. Nicméně v péči o dítě jde o podstatnou věc a sestry i lékaři i ostatní zdravotničtí pracovníci musí najít cestu, jak z této činnosti udělat svou osobní prioritu (11). Podrobněji toto téma rozvedu v následující kapitole.

Každá rodina je jiná, má své kulturní i etnické zvyklosti a specifika. Když se dítě narodí předčasně nebo je nemocné, celá rodina se ocitá v krizi. V různé míře prochází procesem zármutku, obviňuje se ze selhání a z neschopnosti dítěti pomoci (27).

Podpora rodiny se musí týkat všech jejích členů, včetně sourozenců dítěte. Narození nemocného nebo nedonošeného dítěte je obvykle krizovou událostí pro všechny členy rodiny a potřeby sourozenců nemohou být přehlíženy. Pro zdravý vývoj těchto dětí je třeba, aby jejich rodina i nadále splňovala svoji funkci a byla jednotná (30).

V odborné literatuře jsou popisovány tři hlavní skupiny při praktickém podporování rodičů. Je to *pečující skupina*, kam patří celý tým zdravotníků (neonatologické sestry, lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci), dále *přijímající skupina*, kam patří novorozenci, jejich rodiče a sourozenci a potom je to *prostředí novorozeneckých oddělení* (11).

Komunikace s rodiči

Rodiče jsou ti, se kterými jednájí a komunikují zdravotníci nejčastěji. Musí mít na paměti, že každý rodič je individuální a že stejnou situaci může každý zvládat odlišně. Z jednání s rodiči jsou v odborné literatuře popisovány zejména dvě situace. Tou první je sdělení velmi vážné, nepříjemné zprávy a tou druhou je stav, kdy rodiče jsou rozrušení, útočí a obviňují (34).

Nepříznivou zprávu sdělujeme v maximálním soukromí, nerušení telefony včetně mobilního. Rodiče by ji měli vyslechnout oba. Trvají-li na přítomnosti přátel,

příbuzných, známých lékařů, pak jim v tom nebráníme. Informujeme jasně, srozumitelně s ohledem na inteligenci rodičů a jejich citový stav. Po sdělení nejdůležitějších faktů necháme rodiče na chvíli o samotě, aby mohli zprávu vstřebat. Detaily pak řešíme dodatečně. Je třeba jim umožnit kontakt s dítětem. Informace poskytujeme věcně, otevřeně a realisticky. Šetříme přílišným optimismem, ale vždy necháváme prostor pro naději. Po sdělení zásadních zpráv může nastat chvilka ticha, neměli bychom ji rušit zbytečnými řečmi (34).

Může nastat situace, kdy jsou rodiče rozrušení, agresivní, hledají viníka, obviňují sebe, kolegy i nás (34). Takovou situaci řešíme ve větším, otevřeném prostoru. Je dobré, aby byl přítomen další lékař, ideálně vedoucí lékař či primář NJIP. Rodiče necháme vymluvit, projevíme vůli naslouchat, můžeme si dělat poznámky, být formální. Rodiče mohou být hysteričtí nebo v afektu. Odpovídáme vždy klidným a pevným hlasem, bráníme se emočně zabarveným reakcím. Někdy pomůže v řešení vypjaté situace nabídka rozhovoru s jiným kolegou. Při nezvládnutelném afektu rodičů ale musíme někdy diskuzi, která přesahuje rámec slušnosti, rázně ukončit a odkázat rodiče na další den. Situaci často vyřeší to, že rodiče vzápětí vidí dítě a nasazení lidí a techniky při řešení jeho kritického stavu. Rodičům nabídneme nějakou konkrétní akci, pomoc jako například uklidňující medikaci nebo psychologa (11, 12, 34).

Komunikace s ostatními členy rodiny

Sourozenecký vztah je jedním z nejdéle trvajících a nejvlivnějších vztahů v lidském životě. Začíná narozením bratra či sestry a trvá až do konce života (11). Novák v monografii *Intenzivní péče v pediatrii* uvádí, že návštěvy sourozenců nemají cenu, je-li zdravému sourozenci méně než šest let. Většinou není s to situaci pochopit a prostředí NJIP a pohled na nemocného sourozence u něj vyvolá pouze strach a nic jiného (34).

Starší sourozenci nesmí být vyřazeni z dění kolem jejich kriticky nemocného bratra či sestry. Vážnou chybou je, když rodiče před druhým dítětem či dalšími dětmi celou situaci tají a ve starosti o kriticky nemocné dítě se izolují. Další sourozenci se cítí opuštěni, mají na nemocného sourozence zlost a nepřejí mu nic dobrého. Skončí-li situace špatně, mohou je pak pocity viny trápit celý život (34).

Povzbuzováním rodičů k zapojení sourozenců do péče o dítě jim může pomoci vyrovnat se s novou situací a proto je vhodné, aby sourozenci své rodiče při návštěvách doprovázeli. Sourozenci potřebují poznat nového člena rodiny, je to přirozený postup ve

vytváření a upevňování rodiny. Rodiče by měli proto cítit všeobecnou podporu, když chtějí přivést na oddělení sourozence svého dítěte (11). Je však výhodné, když je dítě během návštěvy doprovázeno ještě jinou osobou (prarodiče, rodinný přítel apod.), aby se rodiče nerozptylovali případnou péčí o ně a mohli se plně věnovat nemocnému dítěti (34).

První návštěvy by měly být krátké, pouze na několik minut a jak se bude zlepšovat stav novorozeného dítěte, mohou se prodlužovat i návštěvy jeho sourozenců. Před návštěvou vysvětlíme dítěti, co ho u lůžka nemocného sourozence čeká, povzbuzujeme ho k aktivitě, chceme, aby na sourozence mluvílo a dotýkalo se ho. Na druhé straně, pokud chce pokoj opustit, musíme mu to ihned umožnit (27).

V případě, že by došlo k úmrtí novorozence, sourozenci mají o této situaci vědět. Zásadní chybou je, když rodiče smrt sourozence před ostatními dětmi tají. Dítě má od chvíle, kdy věci rozumí, přijímat smrt jako součást lidského života, jako něco přirozeného, a nikoliv mysteriózního, krutého a hrůzného (39). S tím souvisí i to, že je třeba dítě trvale ubezpečovat v tom, že sourozenec netrpí, dostává léky, aby ho nic nebolelo, a je mu dobře, aby si dítě v budoucnu nespojovalo nemoc a smrt s bolestí a utrpením (34).

3.3 Konflikty při komunikaci

Je třeba si uvědomit, že komunikace mezi lékařem či zdravotní sestrou a rodiči nemocného dítěte je vždy velmi citlivá záležitost a ke konfliktu může dojít velice snadno. A to nejen díky tomu, co sdělujeme, ale také jak to sdělujeme a kdy to sdělujeme. Jeden typ konfliktu jsem zmínila již v podkapitole komunikace s rodiči. Příčin konfliktu může být hned několik. Fyzická únava například po noční službě, psychická zátěž při špatném a zhoršujícím se stavu dítěte, stres při nedostatku času a celá řada dalších (17, 19).

Konflikt může vznikat nejen mezi rodiči a zdravotníky, ale také mezi zdravotníky navzájem. Práce na NJIP je velice specializovaná a nejen fyzicky, ale také psychicky velice náročná. Snadno pak může vzniknout konflikt například mezi sestrou a lékařem, či mezi dvěma sestrami nebo dvěma lékaři (27).

Důležité je snažit se situaci zvládnout pokud možno s klidem a nadhledem, nejednat v afektu a pokud to nejde jinak, komunikaci ukončit a vrátit se dořešit problém později (11).

Proto je nutné, aby zdravotníci pečovali nejen o své pacienty, ale také o sebe. Dostatek spánku, hodně tekutin, aktivní relaxace mimo práci – např. sportem. A také je důležité udržovat dobré pracovní vztahy. Pořádat teambuildingy. Při jakémkoliv vznikajícím konfliktu o situaci mluvit a snažit se jí vyřešit. Jinak se bude situace zhoršovat a dříve či později dojde k syndromu vyhoření. Zdravotník začne dělat chyby, nebude ho práce těšit a to se samozřejmě projeví i na psychice rodiny novorozence na JIP (36).

3.4 Edukační činnost

Je důležité celoživotní vzdělávání. Věda jde dopředu, pořád se vyvíjí nové a nové přístroje a pomůcky a postupy. Atestace, odborné semináře, konference a seznamování se s novými léčebnými postupy a přístroji je samozřejmostí. Stejně důležité je ale vyhradit čas i na to, aby se zdravotníci mohli neustále vzdělávat i v oblasti psychologie, aby pak jejich práce byla co nejkvalitnější (10, 36).

4 Specifika práce sester na ARO a JIP

4.1 Vzdělávání sester

S rozvojem ošetrovatelství a zdravotnictví se postupně mění i role sestry. Do oboru výrazně vstupují i nové poznatky společenských věd, zejména psychologie, pedagogiky, etiky, sociologie a stále větší uplatnění nachází i zdravotnická technika. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopná samostatné práce v oblasti své působnosti. Z toho vyplývají i určité kompetence sestry, které může vykonávat a příslušné vzdělání, které musí absolvovat. (37)

V souladu s požadavky Evropské unie bylo třeba zásadně modifikovat vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice (24). Nyní je vzdělávání sester členěno do třech rovin. Primární úroveň zůstává základní devítiletá škola. Následující vzdělání je možné získat na jakékoliv střední škole s maturitou. Pokud student/ka absoluuje čtyřletou Střední zdravotnickou školu, získává možnost pracovat ve zdravotnickém zařízení pouze pod odborným dohledem jako zdravotnický asistent. Terciální stupeň představuje kvalifikační vzdělání na vyšších odborných školách (VOŠ) nebo vysokých školách (VŠ). Teprve ukončení tohoto studia umožňuje způsobilost k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu samostatně. Potřebná je též registrace (osvědčení) v centrálním registru sester, která je časově omezená na 5 let, v jejichž průběhu sestra plní podmínky jejího dalšího obnovení. Důvodem registrace je zajištění vysoké úrovně poskytované péče a její pravidelná kontrola (36). Zároveň slouží k zabezpečení volného pohybu osob a uznání profesního vzdělávání pro výkon povolání v zemích Evropské unie. Specializační vzdělávání je možné získat pouze absolvováním vzdělávacích programů, které jsou schváleny a akreditovány ministerstvem zdravotnictví. Na jednotkách intenzivní péče se můžeme tedy setkat se zdravotními sestrami všech úrovní. (24, 36)

4.2 Zvláštnosti práce sester na ARO a JIP

Pracoviště intenzivní péče (JIP, ARO) jsou určena pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Poskytují možnost diagnózy, prevence a léčby multiorgánového selhání neustále v kteroukoliv denní i noční hodinu. Intenzivní péči vyžadují pacienti s různými chorobami a potížemi, kteří vyžadují různý rozsah ošetrovatelské i léčebné péče. Se vznikem oddělení intenzivní péče se brzy ukázalo, že

zdravotní sestra zaujímá v novém oboru výjimečné postavení, protože se rozšířilo spektrum výkonů, ke kterým dříve sestry neměly kompetence nebo musely, mít písemné zmocnění lékaře. Nové pracovní náplně, specifické povinnosti a odpovědnost kladou na sestru stále větší požadavky, hlavně v situacích bezprostředně ohrožující život nemocného. Kromě trpělivosti, obětavosti a manuální dovednosti, očekávané od každé sestry, nový obor vyžaduje navíc znalost základů bioinženýrství, rozhodnost a rychlost i přesnost při interpretaci údajů složitých přístrojů. Nelze pochybovat o tom, že poskytovat komplexní a kompetentní péči vyžaduje kvalitní odborné vzdělání, životní zkušenost a samozřejmě ochotu a potřebu neustálého sebezdokonalování. Proto mohou sestry pociťovat jistý tlak na svoji profesi. Práce sestry je spojena s mnoha riziky jak pro pacienta, tak i pro sestru jako poskytovatele péče. Je to zodpovědné povolání, které vyžaduje celoživotní vzdělávání k výraznému snížení všech rizik (24).

4.3 Profesionální chování sester, prevence syndromu vyhoření

Intenzivní péče přináší hluboký pocit uspokojení z výsledků náročné práce. Pocity uspokojení jsou vykoupením za fyzicky namáhavou, duševně a citově vyčerpávající a vysoce odpovědnou práci. Řada výkonů má charakter: „Buď se mi to povede a bude dobře, anebo ne a pak nemocný zemře.“ Tento trvalý tlak vede k tomu, co se označuje jako burn-out syndrom, neboli syndrom vyhoření a zejména pracovníky JIP postihuje nejčastěji (34). V první fázi tohoto stavu jsme svědky velké, často až přehnané pracovní aktivity příslušného pracovníka. Varovné je to, že je upřena pozornost na některého konkrétního nemocného. Často jde přitom o nemocného, jehož prognóza je pochybná. Sestra trvá na tom, že se bude ve službách starat právě o něj a děje se tak občas na úkor ostatních pacientů. Druhá fáze nastává většinou v souvislosti s úmrtím oblíbeného nemocného dítěte. Zdravotník dělá chyby, „Kdo to zavinil?“, obviňuje z nedostatečné péče ostatní personál a často i sama sebe. Není přístupný věcné diskuzi, protože „Stejně tomu nikdo nerozumí“. Nastupuje třetí fáze, kdy předchozí hyperaktivita je vystřídána apatií, únavou, podrážděností, odmítáním odpovědnosti a často i útekem do nemoci (34).

Syndromem vyhoření jsou ohroženi hlavně mladí pracovníci, kteří se vrhají s nadšením do fascinujícího víru práce na JIP. Náhle mohou začít pociťovat propast mezi nedostatečnými zkušenostmi, znalostmi a dovednostmi a představami, jak rychle budou schopni dostát všem nárokům, jež na ně klade pracovní kolektiv, ale i oni sami.

Mají náhle strach, zda obstojí – často skrývaný na masku cynismu a suverenity. Neschopnost začátečníka regenerovat síly a nedostatek spánku situaci jen zhoršují. Jde o vážný problém, který může dotyčného poznamenat na celý život a narušit i patřičný chod JIP (15, 40).

Mladým pracovníkům nesmíme nakládat více, než unesou, a aktivně jim bráníme v tom, aby tak činili sami. Vedoucí pracovníci musí dbát toho, aby personál nebyl přetěžován (počet hodin v nepřetržité službě, počet služeb po sobě jdoucích). Na pracovišti jsou jasné dané kompetence. V případě řešení neodkladné situace vládne nedílná velitelská pravomoc. To však nemá co dělat s tím, že i nejmladší sestra může vhodnou formou upozornit na chybu primáře. Chybu, kterou si uvědomíme, netajíme, ale hlásíme ji ihned před ostatními spolupracovníky. Oznámení vlastní chyby nebo upozornění spolupracovníka, že se dopustil chyby, zaslouží pochvalu. O všem se smí mluvit, nic není tabu. Hlupák není ten, kdo se často ptá, ale ten, kdo se neptá a dělá zbytečné chyby. Chyby se vytýkají ihned na místě, věcně, konkrétně. Je třeba na druhé straně pracovníky chválit, nezapomenout po náročné směně personálu poděkovat (12).

Je nutno pěstovat pocit sounáležitosti ke kolektivu JIP a podporovat hrdost na dobře odvedenou práci. Kolektiv se schází na pravidelných schůzkách. Tam by se měly ventilovat tvrdě a otevřeně, ale věcně, bez emocí, nahromaděné problémy. Je dobře, je-li přítomen psycholog. Personál má mít možnost spolupracovat s psychologem jak ve skupinách, tak individuálně. Kolektiv má žít společně i mimo pracoviště. Na výletě během teambuildingu se často vyřeší více věcí, než na třech provozních poradách (11).

4.4 Psychologie sestry

Při příznacích syndromu vyhoření je třeba nechat pracovníka odpočinout. Vhodným místem je úsek fyziologických novorozenců v porodnici. Výrazně příznivě to ovlivňuje motivaci k další náročné práci. Někdy pomáhá při syndromu vyhoření i přeřazení do jiné pracovní skupiny. Je třeba zdůraznit, že přeřazení není za trest. Je nutno postiženého pracovníka spojit společensky vhodným a citlivým způsobem s psychologem nebo psychiatrem (11).

5 Etické aspekty v neonatologii

Neonatologie dosáhla za posledních několik let velikých pokroků (3). Záchrana některých novorozenců, která byla v minulosti považována za velmi obtížnou, je dnes zcela běžná. V současné době je hranice viability neboli životaschopnost plodu mimo dělohu stanovena na 24. týden, zatímco ještě před 8 lety byla tato hranice 27 týdnů (27). Rozvoj intenzivní péče v neonatologii na jedné straně snížil novorozeneckou úmrtnost, ale na straně druhé s prohlubováním diagnostických a terapeutických postupů zůstává určitý počet dětí, které sice přežijí, ale s různým zdravotním postižením. Není již problémem udržet při životě i těžce nezralé novorozence nebo děti dlouhodobě křížené s hypoxickým poškozením mozku (38).

Objevují se stále nové momenty, ke kterým je třeba zaujmout stanovisko – například chirurgické zákroky na plodu a podobně. Je to velice citlivá problematika. Významným nástrojem v této oblasti jsou etické komise, které jsou většinou zřízeny při nemocnicích a mívají kolem 6 – 9 členů (9). Podle charakteru „případu“ jsou zde zastoupeni lékaři různých oborů, zdravotní sestry, zástupci církve, právník, filozof, laický zástupce, bývá tu i psycholog (15).

5.1 Nejčastější etické problémy

Právo novorozence na život

V roce 1990 byla úmrtnost všech novorozenců 10 promile, nyní se tato úmrtnost pohybuje kolem 4 promile, což svědčí o tom, že neonatologie uznává právo novorozence na život, což je nejjednodušším a přitom jedním z nejdiskutovanějších etických problémů neonatologie (8). Před sto lety byla úmrtnost novorozenců a kojenců mnoho desítek procent. Současná perinatální úmrtnost v České republice patří mezi nejnižší na světě. O uznání práva na život svědčí i vzestup četnosti dětí s porodní hmotností pod 1000 gramů – v roce 1989 byla 0,15 %, v následujících letech se pak tato četnost zvýšila a nyní se již několik let pohybuje mezi 0,35 – 0,4 %, což je stejné jako v rozvinutých zemích (11).

Právo na plnohodnotný život

Neonatologie neupírá dětem právo na život bez postižení. Často je neonatologům podsouváno, že zachraňují pouze životy a ne zdraví, avšak každé dítě je

při léčbě podrobováno krokům, které mají další postižení zmírnit (8). Problémem však je mimo jiné i nemožnost ovlivnění při negativním působení např. nedostatku kyslíku v průběhu prenatálního života. Záchyt těchto stavů není jednoduchou záležitostí i přes velký rozvoj v porodnictví. Důležitý je fakt, že 50 % z dětí postižených dětskou mozkovou obrnou vzniklou v souvislosti s perinatálním obdobím, mělo porodní hmotnost nad 2500 gramů, tedy v podstatě normální. Zbývajících 50 % bylo dětí nezralých. Toto je důležitý poznatek pro případnou argumentaci při porovnávání efektivity zachraňování nezralých dětí. Pravdou je, že nelze všechny děti uchránit od těžkého postižení, avšak je dobré vědět, že u dětí pod 1000 gramů porodní hmotnosti je ve 2 letech života postiženo asi 20% dětí těžce (mentální retardace, dětská mozková obrna, slepota), 20% lehce (poruchy zraku, lehká mozková dysfunkce) a 60 % dětí se zařadí do populace zdravých dětí (8).

Právo na zahájení intenzivní a resuscitační péče

Při otázce zahájení resuscitace platí v současné době následující pravidla: na hranici viability (životaschopnosti) plodu se přihlíží k přání rodičů (vzhledem k obrovskému riziku poškození). Vyslovení tohoto přání přirozeně předchází rozhovor s neonatologem. Od 25. gestačního týdne se resuscitace a intenzivní péče zahajuje vždy, pokud není stanovena jiná kontraindikace – např. u dětí s těžkými vrozenými vadami. V případě, že rodiče v 24. týdnu se zachraňováním nesouhlasí, poskytne se tzv. comfort care – porozenému plodu je poskytnuto teplo, kyslík, tekutiny a důstojné umírání (15, 16).

Právo na neposkytnutí intenzivní péče

Pacient má právo i na neposkytnutí intenzivní péče. Léčba je kontraindikována, pokud přináší více utrpení než prospěchu. Predikce těžkého celoživotního utrpení je velmi obtížná a je jen několik diagnóz, kde lze tuto prognózu vyslovit téměř se 100 % jistotou. V praxi se lékaři často setkávají s tím, že dítě často leží za velkého utrpení na umělé plicní ventilaci třeba i celé měsíce. Psychicky tím strádají hlavně samotní rodiče. Často tímto problémem trpí donošené a poměrně velké děti, které se předchozích devět měsíců vyvíjely úplně normálně, ale kolem porodu měly problém s nedostatkem kyslíku. Celých 9 měsíců matka dýchá se svým miminkem a pak se jim během pár minut všechno zhroutlí. Dlouhé týdny se chodí na JIP dívat na to, jak jejich dítě odchází...(30) A zdravotnickému personálu nezbývá jen čekat na to, až se jeho

organismus vyčerpá a dítě zemře samo. Toto je jeden z hlavních etických otazníků, které neonatologům jejich práce přináší.

Právo novorozence na rodiče

Je to jedno ze základních práv novorozence (8). Důležité je udržení a nepřerušování kontaktu matky a dítěte už od porodu, pokud to zdravotní stav obou dovolí. Oba rodiče mají právo na úplné informace ohledně zdravotního stavu svého dítěte, což pro ně může být někdy velmi náročné. Je důležité s rodiči mluvit co nejvíce, vysvětlit jim zdravotní stav jejich dítěte a mluvit pravdu. Lidské a přitom odborně co nejdokonalejší vysvětlení vytvoří atmosféru důvěry. Je také důležité neopomenout poskytnutí základních informací, které se týkají kojení, přebalování, oblékání, apod. (11).

Ochrana práv dítěte

Ne vždy je vztah rodičů k dítěti ideální, někdy se dopouští drobných prohřešků vůči němu – např. kouření během laktace, odmítání transfuzí,... Další typ upírání práv dítěte je právo na co nejbezpečnější porod, za ten jistě nelze počítat porod v domácích podmínkách vedený podle příručky jen rodiči, bez přítomnosti lékaře nebo zkušené porodní asistentky a bez nutného vybavení (42).

Práva plodu

V některých situacích může dojít ke konfliktu zájmů plodu a matky, např. nutnosti porodu císařským řezem a odmítnutím operace matkou, u ukončení těhotenství z důvodů vrozených vývojových vad, u léčby plodu už v děloze. Lékař se ocitá v situaci obhájce zájmů dítěte. Může dojít i ke konfliktu zájmů plodu navzájem u vícečetného těhotenství. S vážnými etickými problémy jsou svázány také metody umělého oplodnění – např. uchovávání embryí, vzestup počtu vícečetných těhotenství a rizik s tím spojených, redukce vícečetných těhotenství na dvojčata apod. Novorozenci, i ti nejmenší z nejmenších, mají nárok na moderní péči a citlivý přístup tak, jako každý člověk. Úkolem současné neonatologie je pomáhat jim při zachování všech uznávaných etických problémů medicíny (38).

5.2 Etické kodexy

Existuje celá řada etických kodexů zavazujících k určitému chování především lékařů, ale i zdravotních sester, ošetřovatelek a dalších nelékařských profesí.

Nejstarší z nich je Hippokratova přísaha, která zakládá právní kontinuitu všech následujících etických kodexů. Vznikla kolem roku 400 před naším letopočtem a je dílem několika autorů. V průběhu staletí byla opakovaně upravována, ale základní strategie – jak se má lékař chovat vůči pacientovi, kolegům a veřejnosti, byla v podstatě zachována (15).

Ve druhé polovině 20. století byly formulovány kodexy, které navazují na klasickou Hippokratovu přísahu jen volně a prakticky respektují pouze její obecný důraz na mravnost. Současně vznikla série nových etických kodexů, hlavně zdravotních sester, ošetřovatelek a ostatních vysokoškoláků nelékařů pracujících ve zdravotnictví. Významné bylo vyhlášení etického kodexu Práva pacientů (9).

V současné době platí v České republice mimo jiné Etický kodex České lékařské komory (viz příloha č. 6), Etický kodex České stomatologické komory, Etický kodex lékárníků, Etický kodex zdravotních sester (viz příloha č. 5), Etický kodex vysokoškoláků nelékařů a Etický kodex Práva pacientů. Od 90. let 20. století platí v ČR i Charta práv dětí v nemocnici (viz příloha č. 4) (43, 44, 45).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkumné šetření

6.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit zda má zdravotnický personál na ARO/JIP z pohledu matky dostatek času na komunikaci s rodinou novorozence

Cíl 2: Zjistit jaký vliv má přístup zdravotnického personálu na psychiku matky novorozence

Cíl 3: Zjistit jak informovanost o zdravotním stavu dítěte působí na psychiku matky novorozence

6.2 Hypotézy

H1: Zdravotnický personál na ARO/JIP nemá dostatek času na komunikaci s rodinou novorozence

H2: Přístup zdravotnického personálu k matce novorozence má vliv na její psychický stav

H3: Informovanost matky o zdravotním stavu novorozence pozitivně ovlivňuje její psychický stav

6.3 Metody výzkumu

6.3.1 Metodika práce

Výzkumnou metodou této diplomové práce bylo zvoleno kvantitativní šetření mezi respondentkami ve čtyřech pražských a jedné mimopražské nemocnici na jednotkách intenzivní a resuscitační péče pro novorozence.

Cílovou skupinou jsou matky novorozenců na ARO/JIP. K ověření hypotéz byl použit anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce.

Pro kvantitativní výzkum byl použit dotazník vlastní konstrukce (viz příloha 1), který byl zaměřený na zjišťování psychosociálních stavů respondentek a byl

konstruován na základě informací získaných z odborné literatury zabývající se touto problematikou a na základě vlastních zkušeností z práce s těmito matkami.

Dotazník obsahuje 17 otázek, byl sestaven z otázek otevřených, polootevřených a uzavřených. Dále obsahuje otázky filtrační, identifikační a výzkumné. Průměrně vyplnění dotazníku trvalo 15 minut. Jako nejvhodnější metodu vyplnění dotazníku jsem zvolila self completion.

K vyhodnocení dat byla použita metoda statistického zpracování pomocí počítačového programu SPSS. Data byla zpracována procentuálně a jsou znázorněna ve formě tabulek a grafů.

6.3.2 Organizace výzkumu

Vlastní výzkum probíhal od prosince do května na jednotkách intenzivní a resuscitační péče pro novorozence a to v pěti nemocnicích. V Ústavu Mateřství Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze (ÚM FTN), ve Fakultní nemocnici Motol v Praze (FNM), v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze Podolí (UPMD), ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze U Apolináře (VFN) a v Nemocnici České Budějovice a.s. (NCB). Ženy byly vybírány náhodně, byly osloveny a požádány o spolupráci během hospitalizace jejich dětí.

Před zahájením kvantitativního výzkumu byla provedena v ÚM FTN pilotní studie u dvanácti respondentek, s cílem ověřit si vhodnost a srozumitelnost jednotlivých položek dotazníku, zjistit časovou náročnost při vyplňování dotazníků a ochotu žen na výzkumu spolupracovat. Během pilotní studie bylo zjištěno, že ženy jsou ochotny spolupracovat. Převážná většina respondentek však nedokázala odpovědět na otázku Q6 (Jaké bylo Apgar skóre Vašeho miminka) a proto byla tato otázka z dotazníku vyřazena. Žádné jiné problémy týkající se nepochopení či nesrozumitelnosti položených otázek nebyly zjištěny. Časová náročnost vyplňování dotazníků je kolem 15ti minut. V ÚM FTN jsem předávala dotazníky respondentkám osobně, v ostatních nemocnicích předávaly dotazníky ženám vrchní sestry, případně sestry školitelky.

Jak již bylo řečeno, během výzkumu bylo pracováno s pěti základními soubory, z pěti různých oddělení. Po vzájemném porovnání těchto souborů nebyly zjištěny žádné významnější odchylky. Tyto soubory lze tímto považovat za homogenní, a proto byly spojeny v jeden. Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků bylo získáno 105

dotazníků. Návratnost dotazníků byla tedy 87,5 %. Celková interpretace výsledků vychází z počtu 105 respondentek.

Tabulka č. 1: Místo dotazování respondentek

LOKALITA:		n_i	f_i
FTN Krč	1	27	26 %
FN Motol	2	23	22 %
ÚPMD Podolí	3	19	18 %
VFN Apolinář	4	11	10 %
České Budějovice	5	25	24 %
TOTAL		105	100 %

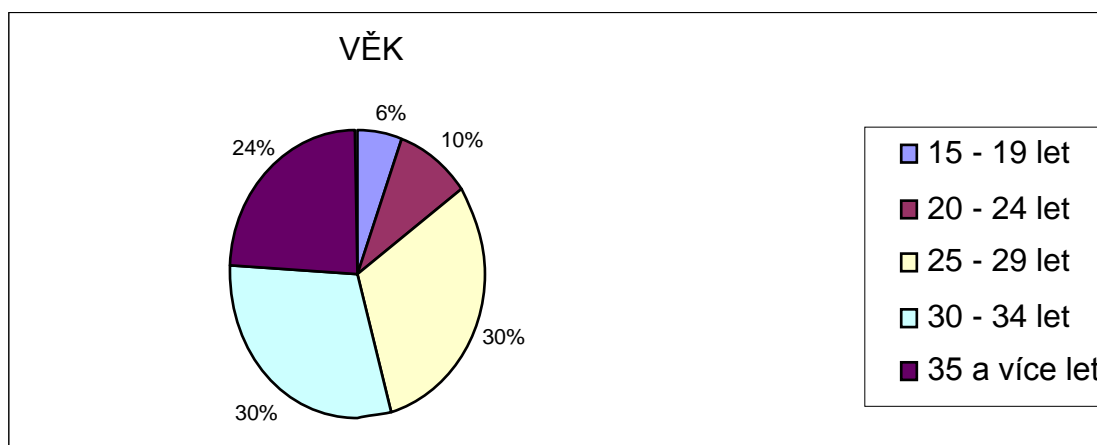
6.3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Položka č. 1 – Věk respondentek

Tabulka č. 2: Věk respondentek

Q1 - VĚK		n _i	f _i
15 - 19 let	1	6	6 %
20 - 24 let	2	10	10 %
25 - 29 let	3	32	30 %
30 - 34 let	4	32	30 %
35 a více let	5	25	24 %
TOTAL		105	100 %

Graf č. 1: Věkové kategorie respondentek



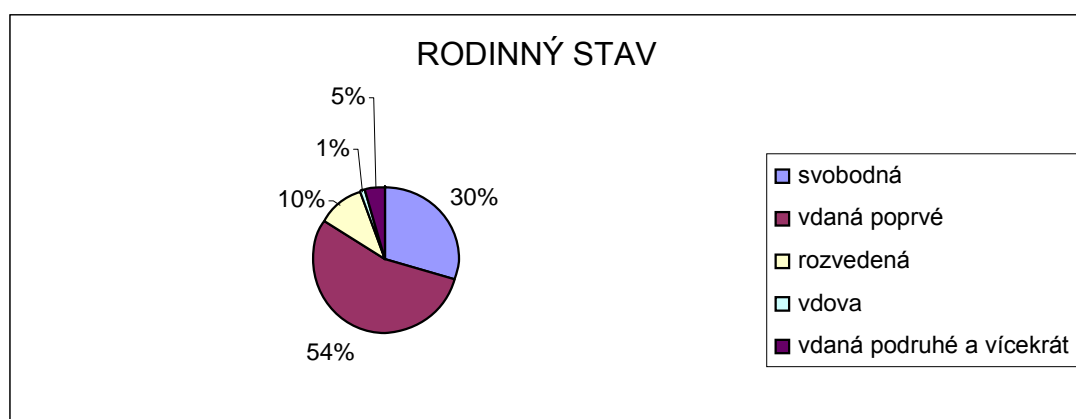
Průměrný věk respondentek byl 29,85 let, věkový rozptyl respondentek byl od 16 do 46 let. Pro další zpracování byly respondentky rozděleny do pěti kategorií, které jsou uvedeny v grafu č. 1. Podrobněji počet respondentek v jednotlivých věkových kategoriích uvádí tabulka č. 2.

Položka č. 2 – Rodinný stav respondentek

Tabulka č. 3: Rodinný stav

Q2 - RODINNÝ STAV		n_i	f_i
svobodná	1	31	30 %
vdaná poprvé	2	57	54 %
rozvedená	3	11	10 %
vdova	4	1	1 %
vdaná podruhé a vícekrát	5	5	5 %
TOTAL		105	100 %

Graf č. 2: Rodinný stav



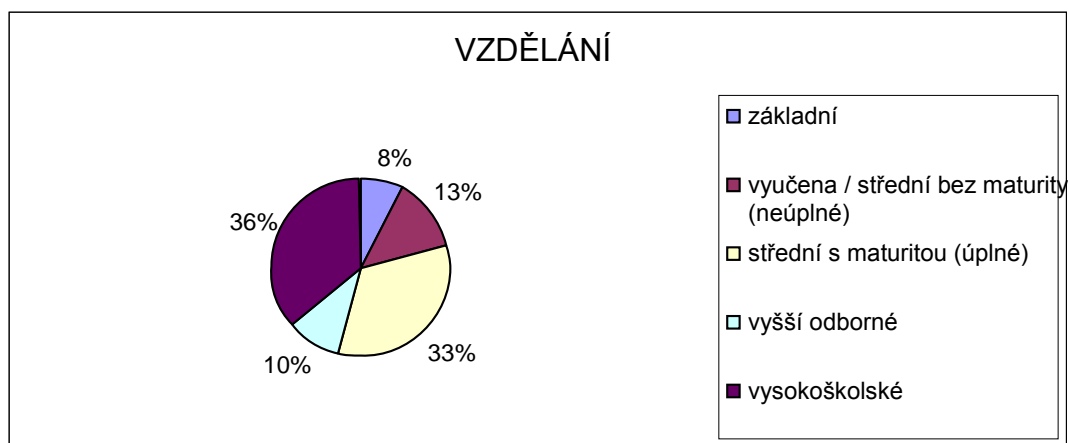
Ve sledovaném souboru bylo 31 respondentek svobodných (tj. 30 %), 57 respondentek vdaných poprvé (tj. 54 %), 11 respondentek bylo rozvedených (tj. 10 %), 1 respondentka byla vdova (tj. 1 %) a 5 respondentek bylo vdaných podruhé a více (tj. 5 %).

Položka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

Q3 - VZDĚLÁNÍ		n_i	f_i
základní	1	2	4 %
vyučena / střední bez maturity	2	8	15 %
střední s maturitou	3	19	35 %
vyšší odborné	4	3	5 %
vysokoškolské	5	23	42 %
TOTAL		55	100 %

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



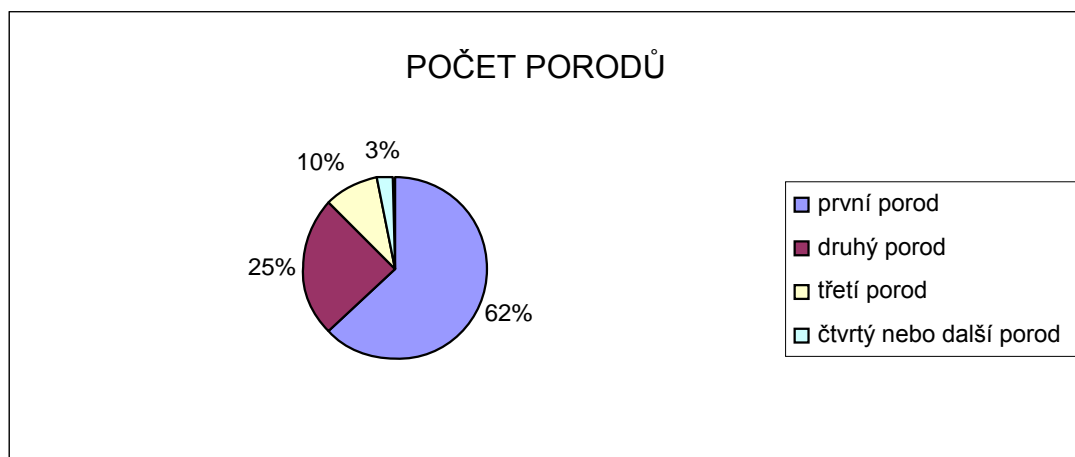
Položka týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů ukázala, že 4 % dotázaných žen má základní vzdělání, 16 % respondentek je vyučených bez maturity, 35 % matek má ukončené středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou, dalších 5 % má dokončené vyšší odborné vzdělání a 42 % má vysokoškolské vzdělání.

Položka č 4 – Četnost porodu

Tabulka č. 5: Četnost porodu

Q4 - POČET PORODŮ		n_i	f_i
první porod	1	66	63 %
druhý porod	2	26	25 %
třetí porod	3	10	10 %
čtvrtý nebo další porod	4	3	3 %
TOTAL		105	100 %

Graf č. 4: Pokolikáté respondentka porodila



Poprvé rodilo 66 respondentek (tj. 63 %), podruhé 26 respondentek (tj. 25%), potřetí 10 respondentek (tj. 10 %) a počtvrté a více rodily 3 respondentky (tj. 3 %). Z grafu č. 4 je zřejmé procentuální rozložení, v tabulce č. 5 je uvedena i četnost.

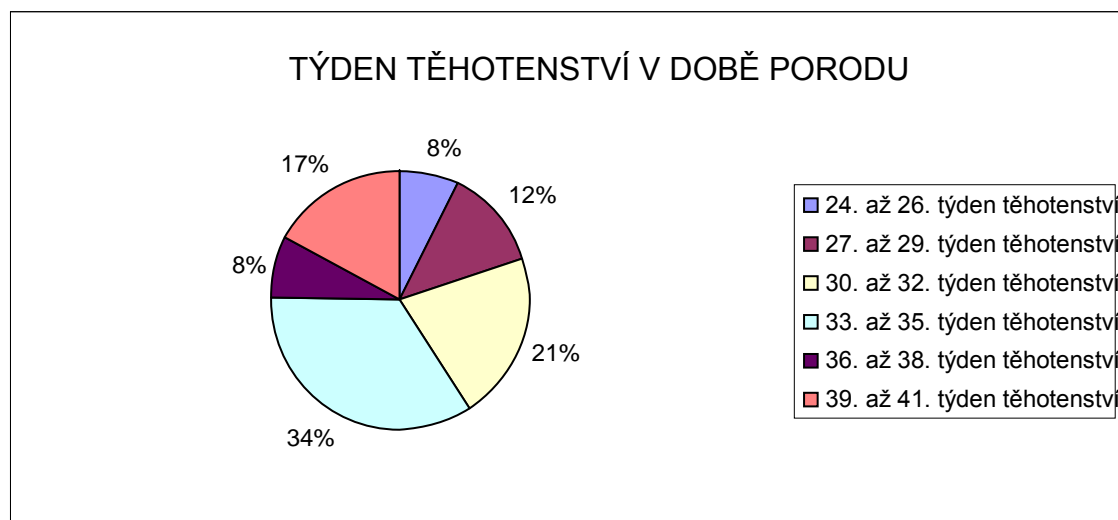
6.4 Vyhodnocení a výsledky výzkumu

Položka č. 5 – V jakém týdnu těhotenství respondentka porodila

Tabulka č. 6: Týden těhotenství, kdy respondentka porodila

Q5 - TÝDEN PORODU		n _i	f _i
24. až 26. týden těhotenství	1	8	8 %
27. až 29. týden těhotenství	2	13	12 %
30. až 32. týden těhotenství	3	22	21 %
33. až 35. týden těhotenství	4	36	34 %
36. až 38. týden těhotenství	5	8	8 %
39. až 41. týden těhotenství	6	18	17 %
TOTAL		105	100 %

Graf č. 5: Týden těhotenství, kdy respondentka porodila



Celkový rozptyl týdne porodu u respondentek byl od 24 do 41 týdne těhotenství. Pro statistické zpracování byly respondentky rozděleny do 6 kategorií, podle týdnu v kterém porodily. Podrobnosti lze vyčíst v tabulce č. 6 a grafu č. 5.

Položka č 6

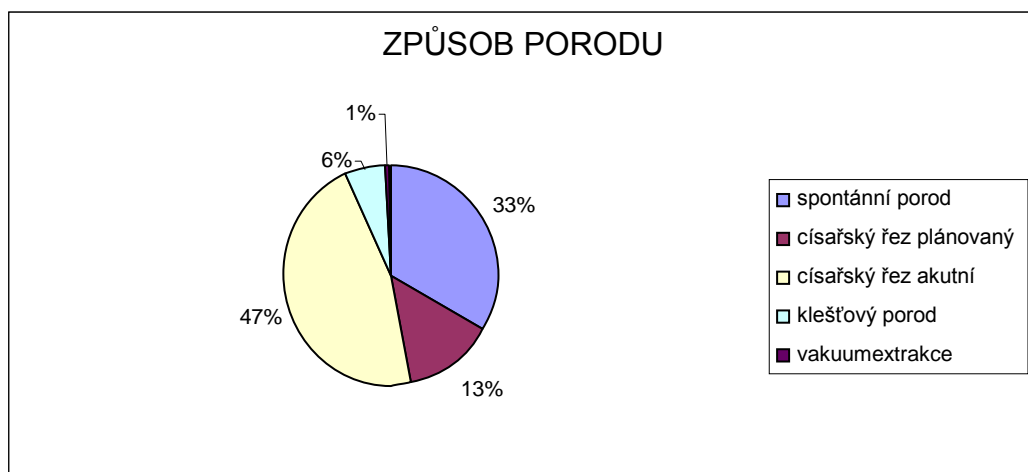
Položka č. 6 byla z dotazníku při hodnocení vyřazena, protože jak již zmiňuji v metodice výzkumu, v pilotní studii se prokázalo, že drtivá většina respondentek pojem Apgar skóre neznala. Tudíž nemělo smysl tuto otázku respondentkám pokládat.

Položka č. 7 – Způsob porodu

Tabulka č. 7: Způsob porodu

Q7 - ZPŮSOB PORODU		n_i	f_i
spontánní porod	1	35	33 %
císařský řez plánovaný	2	14	13 %
císařský řez akutní	3	49	47 %
klešťový porod	4	6	6 %
vakuumextrakce	5	1	1 %
TOTAL		105	100 %

Graf č. 6: Způsob porodu



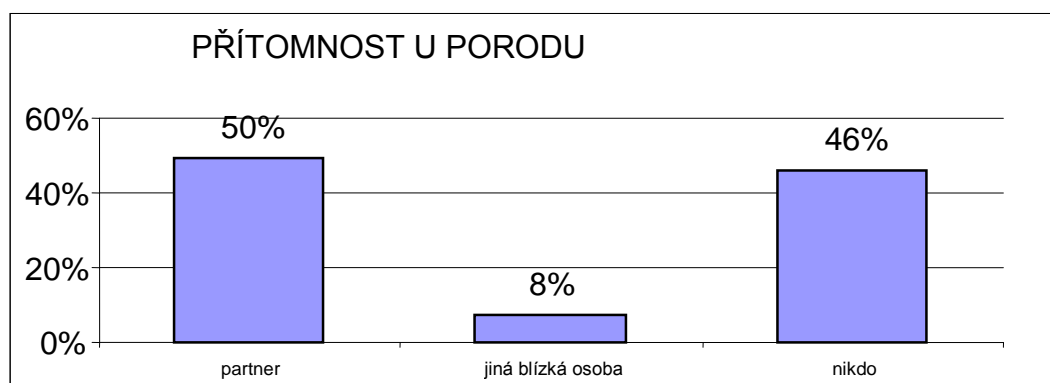
U 35 respondentek (tj. 33 %) byl porod ukončen spontánně, u 14 respondentek (tj. 13 %) byl proveden plánovaný císařský řez, u 49 respondentek (tj. 47 %) byl proveden císařský řez akutní a u 6 respondentek (6 %) byl proveden klešťový porod. Jedna respondentka uvedla jinou možnost. Podrobnosti jsou uvedeny v tabulce č. 7.

Položka č.8: Přítomnost blízké osoby u porodu

Tabulka č. 8: Přítomnost blízké osoby u porodu

Q8 - PŘÍTOMNOST U PORODU		n_i	f_i
partner	1	52	50 %
jiná blízká osoba	2	8	8 %
nikdo	3	48	46 %
TOTAL		105	

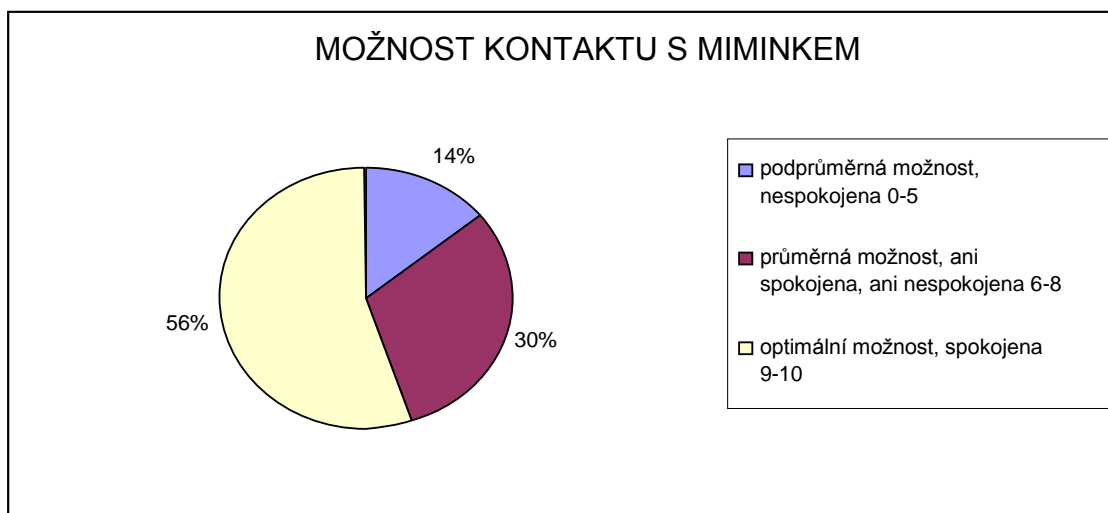
Graf č. 7: Přítomnost blízké osoby u porodu



Přítomnost partnera u porodu uvedlo 52 respondentek (tj. 50 %), přítomnost další blízké osoby uvedlo 8 respondentek (tj. 8 %), 48 respondentek (tj. 46 %) nemělo u porodu žádnou blízkou osobu.

Položka č.9 Možnost dostatečného kontaktu s miminkem

Graf č. 8: Možnost kontaktu s miminkem



Tabulka č. 9: Důvody nedostatečného kontaktu s miminkem

Q9a - DŮVODY NEDOSTATEČNÉHO KONTAKTU		n _i	f _i
zdravotní stav matky	1	22	17 %
zdravotní stav miminka	2	22	17 %
provoz oddělení	3	15	12 %
chování sester	4	6	5 %
chování lékařů	5	4	3 %
vzdálenost bydliště od nemocnice	6	6	5 %
péče o další děti doma	7	1	1 %
převoz dítěte do jiné nemocnice	8	2	2 %
zákaz návštěv (viróza)	9	2	2 %
žádný důvod neuveden	0	49	38 %
TOTAL		129	

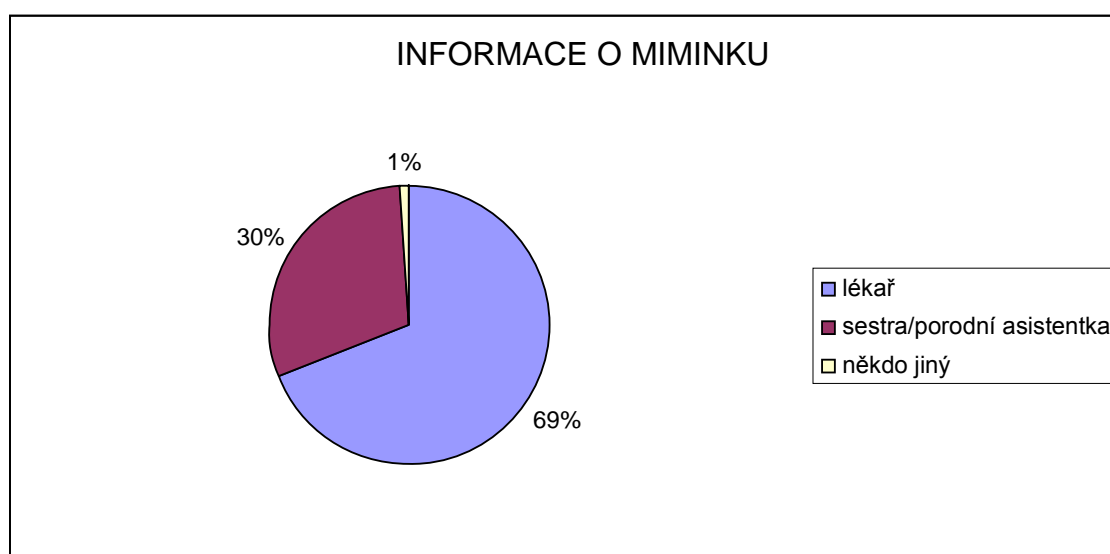
V této otázce byla uvedena škála od 0 do 10 (viz dotazník – příloha 3), kam měly respondenty sami označit, jak vnímají možnost být s dítětem v kontaktu. Pro zpracování byly odpovědi respondentek rozděleny do třech kategorií. Většina respondentek (58, tj. 56 %) uvedla, že měly dostatečnou možnost být se svým dítětem v kontaktu a že byly spokojeny. 32 respondentek (tj. 30 %) uvedlo, že nebyly ani spokojeny ani nespokojeny. Pouze 15 dotazovaných žen (tj. 14 %) nebylo spokojeno s možností být v kontaktu s dítětem. K této otázce následovala otevřená podotázka, ať uvedou důvody, proč nemohou být s dítětem v kontaktu. Zde mohly označit více odpovědí. Nejčastějším důvodem byl zdravotní stav matky nebo dítěte, ostatní možnosti byly méně časté. Podrobnosti viz tabulka č. 9.

Položka č. 10 Osoba sdělující informace o zdravotním stavu

Tabulka č. 10: Osoba sdělující informace o zdravotním stavu dítěte

Q10 - INFORMACE O MIMINKU		n_i	f_i
lékař	1	72	69 %
sestra/porodní asistentka	2	32	30 %
někdo jiný	3	1	1 %
TOTAL		105	100 %

Graf č. 9: Osoba sdělující informace o zdravotním stavu miminka



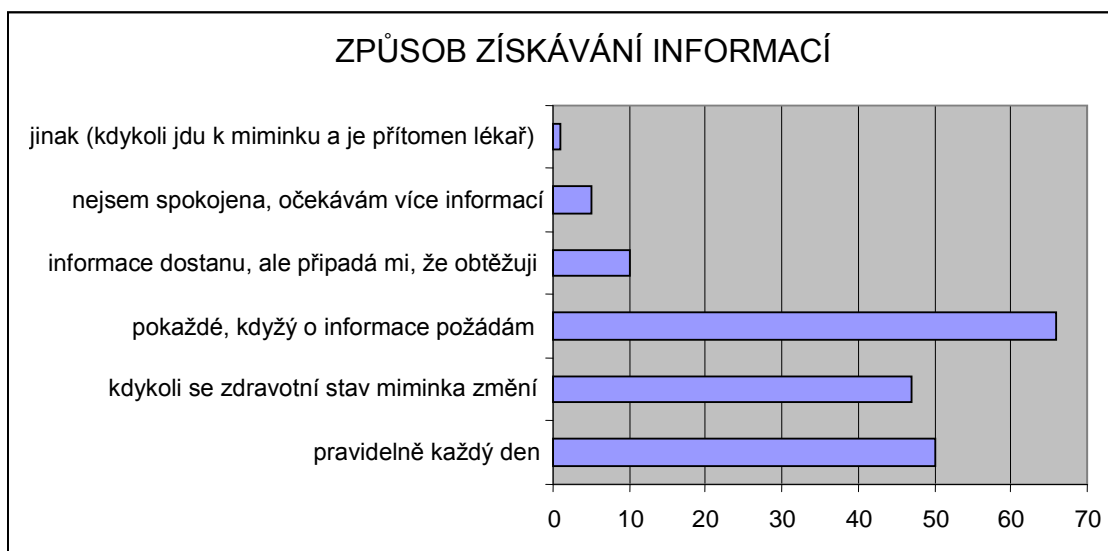
Většině matek poskytoval informace o zdravotním stavu dítěte lékař (72, tj. 69 %). Zdravotní sestra nebo porodní asistentka poskytovala informace u 30 % dotazovaných. Pouze jedna respondentka uvedla, že jí informace poskytoval někdo jiný. Neuvedla však kdo.

Položka č. 11 Způsob získávání informací o zdravotním stavu

Tabulka č. 11: Způsob získávání informací

Q11 - ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ		n_i	f_i
pravidelně každý den	1	53	50 %
kdykoli se zdravotní stav miminka změní	2	49	47 %
pokaždé, když o informace požádám	3	69	66 %
informace dostanu, ale připadá mi, že obtěžuji	4	10	10 %
nejsem spokojena, očekávám více informací	5	5	5 %
jinak (kdykoli jdu k miminku a je přítomen lékař)	6	1	1 %
TOTAL		105	

Graf č. 10: Způsob získávání informací



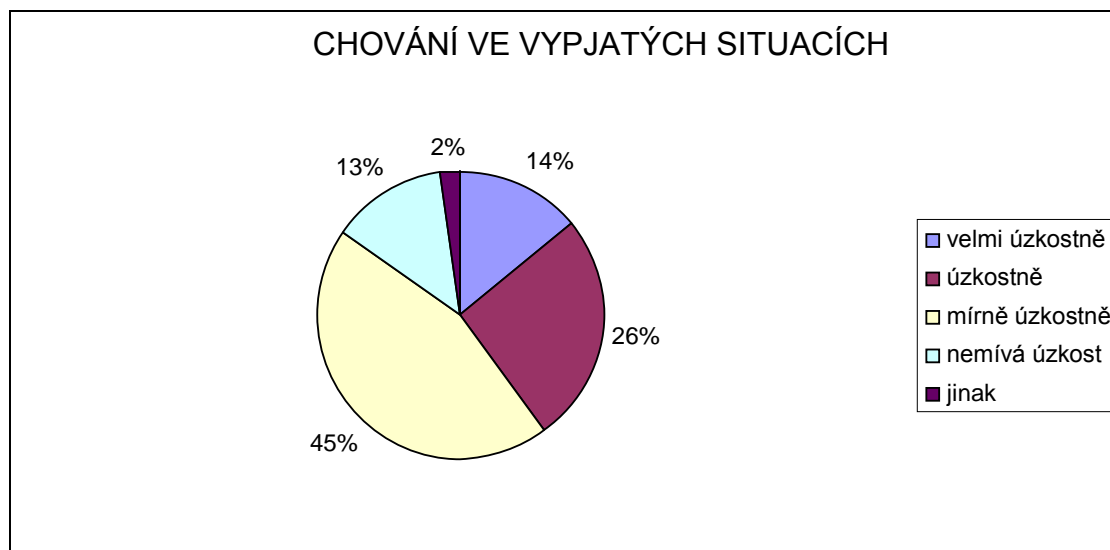
V této položce, jakým způsobem získávaly respondentky informace o zdravotním stavu dítěte nejčastěji odpovídaly, že pokaždé, když o ně požádají (66 %). Mezi další časté odpovědi patřilo, že jsou informovány pravidelně každý den (50 %) a kdykoliv se změnil zdravotní stav jejich miminka (47 %). Nutno dodat, že dotazované v této otázce mohli uvádět více odpovědí. Ostatní odpovědi nebyly tak časté, podrobnosti lze vyčíst v tabulce č. 11 a grafu č. 10.

Položka č. 12 Předpoklad reakce ve vypjatých životních situacích

Tabulka č. 12: Sebehodnocení respondentek

Q12 - CHOVÁNÍ VE VYPJATÝCH SITUACÍCH		n_i	f_i
velmi úzkostně	1	15	14 %
úzkostně	2	27	26 %
mírně úzkostně	3	47	45 %
nemívá úzkost	4	14	13 %
jinak	5	2	2 %
TOTAL		105	100 %

Graf č. 11: Sebehodnocení respondentek



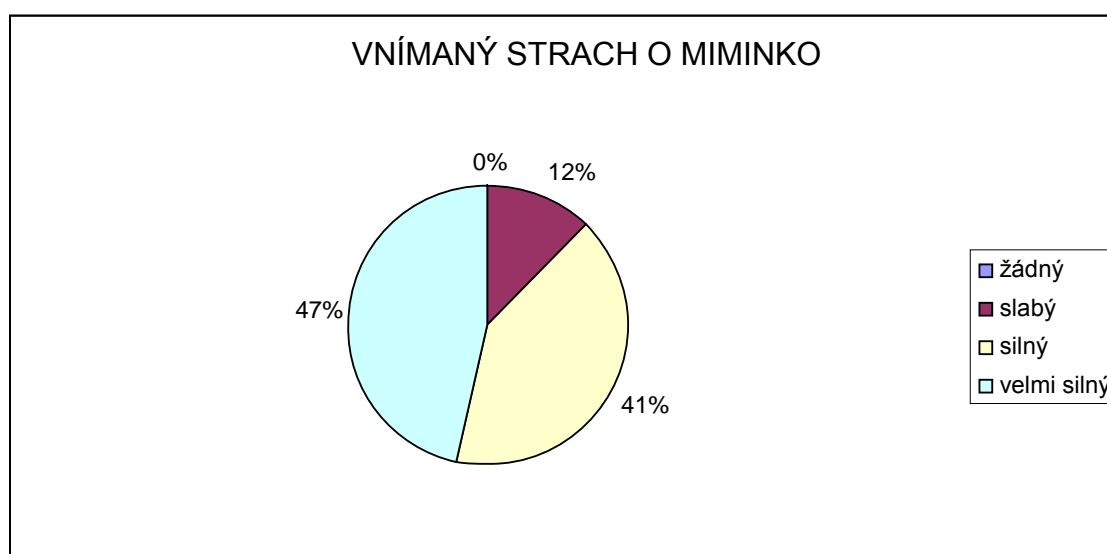
Ve sledovaném souboru se jako velmi úzkostné označilo 15 respondentek (tj. 14 %), jako úzkostné se označilo 27 respondentek (tj. 26 %), 47 respondentek (tj. 45 %) se označilo jako mírně úzkostné a 14 respondentek (tj. 13 %) uvedlo, že nemívají úzkost. Celkově 85 % respondentek uvedlo, že ve vypjatých životních situacích reagují více či méně úzkostně.

Položka č.13 Posouzení vlastní míry strachu o miminko

Tabulka č. 13: Posouzení vlastní míry strachu o miminko

Q13 - VNÍMANÝ STRACH O MIMINKO		n_i	f_i
žádný	1	0	0 %
slabý	2	13	12 %
silný	3	43	41 %
velmi silný	4	49	47 %
TOTAL		105	100 %

Graf č. 12: Posouzení vlastní míry strachu o miminko



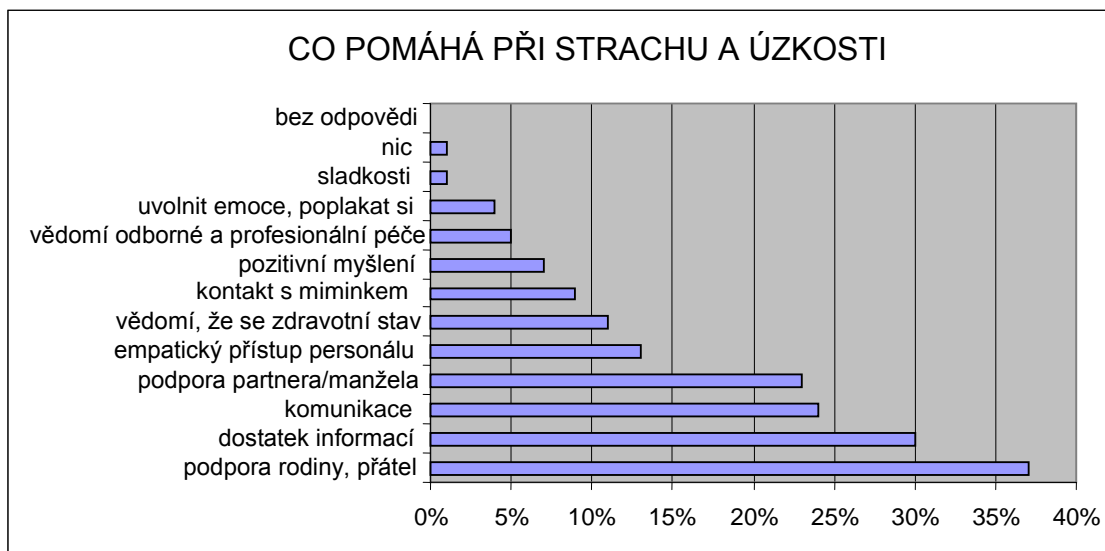
Žádná z dotazovaných respondentek neuvedla, že by nepocíťovaly žádný strach o svoje miminko. Slabý strach označilo 13 respondentek (tj. 12 %). Většina matek uvedla, že pocíťovaly silný či velmi silný strach (dohromady 88 %). Jednotlivé kategorie jsou uvedeny v tabulce č. 13 a grafu č. 12.

Položka č. 14 Metody zmírnění strachu dle respondentů

Tabulka č. 14: Subjektivní metody zmírnění strachu

Q14 - CO POMÁHÁ PŘI STRACHU A ÚZKOSTI		n _i	f _i
podpora rodiny, přátel	7	39	37 %
dostatek informací	1	32	30 %
komunikace	2	25	24 %
podpora partnera/manžela	6	24	23 %
empatický přístup personálu	9	14	13 %
vědomí, že se zdravotní stav miminka lepší	4	12	11 %
kontakt s miminkem	3	9	9 %
pozitivní myšlení	8	7	7 %
vědomí odborné a profesionální péče	5	5	5 %
uvolnit emoce, poplakat si	10	4	4 %
sladkosti	11	1	1 %
nic	12	1	1 %
bez odpovědi	0	4	4 %
TOTAL		105	

Graf č. 13: Subjektivní metody zmírnění strachu



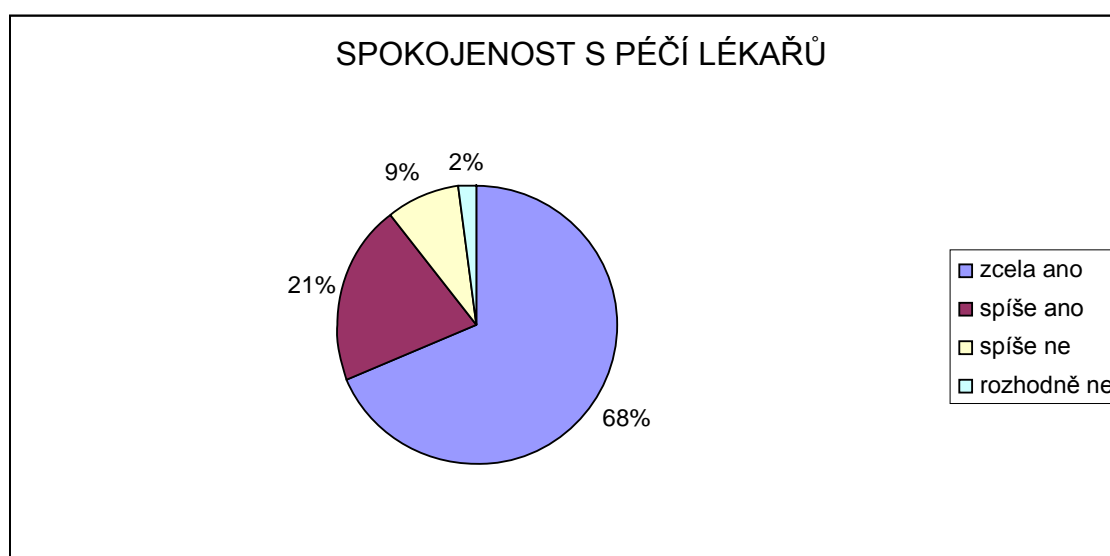
Celkově jako nejpřínosnější způsob zmírnění strachu označilo podporu přátel a rodiny 39 respondentek (37 %), dostatek informací označilo 32 respondentek (30 %), komunikaci označilo 25 respondentek (24 %), podporu manžela/partnera označilo 24 respondentek (23 %). empatický přístup personálu označilo 14 respondentek (13 %), vědomí, že se zdravotní stav miminka lepší označilo 12 respondentek (11 %), kontakt s miminkem označilo 9 respondentek (9 %). Ostatní odpovědi nebyly tak časté. I v této otázce mohli respondenty označit více odpovědí. Podrobnosti lze vyčíst v tabulce č. 14 a grafu č. 13.

Položka č. 15a Spokojenost s péčí lékařů

Tabulka č. 15: Spokojenost s péčí lékařů

Q15a - SPOKOJENOST S PÉČÍ LÉKAŘŮ		n_i	f_i
zcela ano	1	72	68 %
spíše ano	2	22	21 %
spíše ne	3	9	9 %
rozhodně ne	4	2	2 %
TOTAL		105	100 %

Graf č. 14: Spokojenost s péčí lékařů



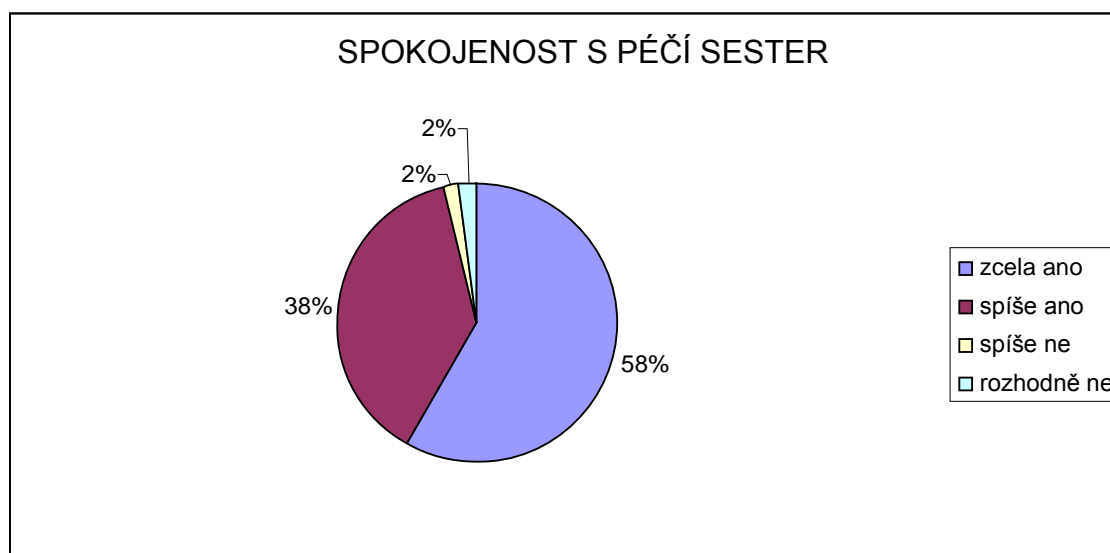
Zcela spokojeno s péčí lékařů bylo 72 respondentek (tj. 69 %). Spíše spokojeno bylo 22 respondentek (tj. 21 %). Kategorie spíše nespokojena byla uvedena u 9 respondentek (tj. 9 %) a kategorie rozhodně nespokojena s péčí lékařů byla uvedena pouze u dvou respondentek (tj. 2 %). Celkem tedy většina respondentek (89 %) byla s chováním lékařů více či méně spokojena.

Položka č. 15b Spokojenost s péčí sester

Tabulka č. 16: Spokojenost s péčí sester

Q15b - SPOKOJENOST S PÉČÍ SESTER		n_i	f_i
zcela ano	1	61	58 %
spíše ano	2	40	38 %
spíše ne	3	2	2 %
rozhodně ne	4	2	2 %
TOTAL		105	100 %

Graf č. 15: Spokojenost s péčí sester



Zcela spokojeno s péčí porodních asistentek/sester bylo 61 respondentek (tj. 58 %). Spíše spokojeno bylo 40 respondentek (tj. 38 %). Kategorie spíše nespokojena a rozhodně nespokojena s péčí porodních asistentek/sester v jednotlivých obdobích byla uváděna velice zřídka. Podrobněji lze vyčíst z grafu č. 15 a z tabulky č. 16.

Položka č. 16 Charakteristika chování lékařů a sester na oddělení

Tabulka č. 17: Charakteristika chování lékařů

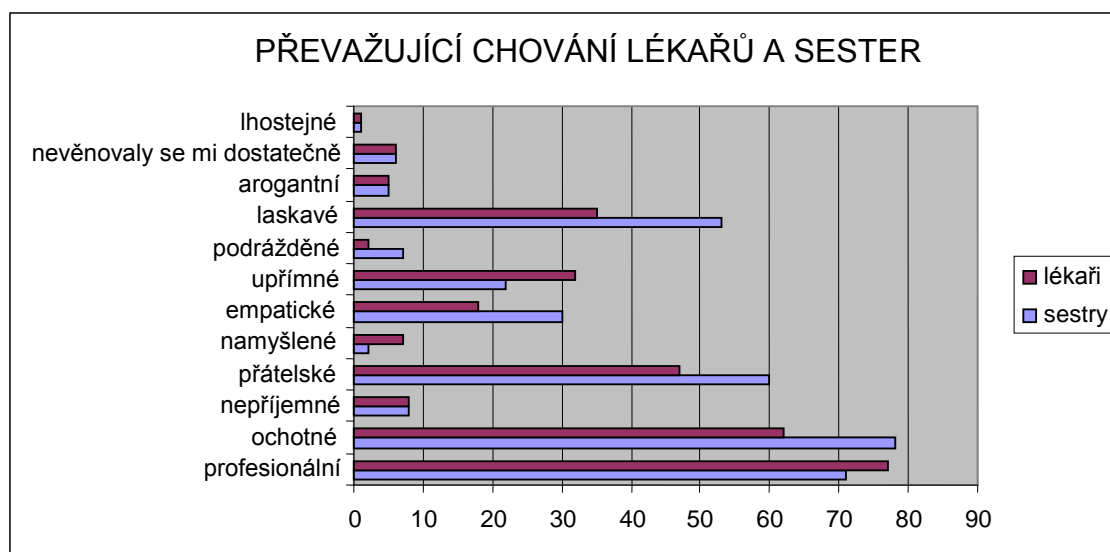
Q16 - PŘEVAŽUJÍCÍ CHOVÁNÍ LÉKAŘŮ		n_i	f_i
profesionální	1	81	77 %
ochotní	2	65	62 %
nepříjemní	3	8	8 %
přátelští	4	49	47 %
namyšlení	5	7	7 %
empatičtí	6	19	18 %
upřímní	7	34	32 %
podráždění	8	2	2 %
laskaví	9	37	35 %
arogantní	10	5	5 %
nevěnovali se mi dostatečně	11	6	6 %
lhostejní	12	1	1 %
TOTAL		105	

Tabulka č. 18: Charakteristika chování sester

Q16 - PŘEVAŽUJÍCÍ CHOVÁNÍ SESTER		n_i	f_i
profesionální	1	75	71 %
ochotné	2	82	78 %
nepříjemné	3	8	8 %
přátelské	4	63	60 %
namyšlené	5	2	2 %
empatické	6	31	30 %
upřímné	7	23	22 %
podrážděné	8	7	7 %
laskavé	9	56	53 %
arogantní	10	5	5 %
nevěnovaly se mi dostatečně	11	6	6 %
lhostejné	12	1	1 %
TOTAL		105	

Za profesionální označilo lékaře 81 respondentek a sestry 75 respondentek. 65 respondentek uvedlo, že lékaři byli ochotní. Sestry označilo za ochotné 82 respondentek. Přátelské chování uvedlo 49 respondentek pro lékaře a 63 pro sestry. Empatický přístup uvedlo u lékařů 19 a u sester 31 respondentek. Upřímnost byla pro lékaře uvedena u 34 respondentek a u sester u 23 respondentek. Laskavý přístup hodnotilo u lékařů 37 respondentek a u sester 56 respondentek. Negativní vlastnosti byly uváděny velice zřídka. Respondentky označovaly více odpovědí. Podrobnosti lze vyčíst z tabulek č. 17 a 18.

Graf č. 16: Charakteristika chování lékařů a sester



Tento graf uvádím pouze pro lepší názornost. Vyplývá z něj, že kromě profesionálního chování a upřímnosti, kde lékaři převažují nad sestrami, ve všech ostatních pozitivních kategoriích jsou sestry označovány častěji než lékaři. Dále je z grafu patrné, že negativní vlastnosti jsou uváděny velmi zřídka. Za zmínku stojí pouze dvě kategorie. Podle respondentek jsou lékaři daleko více namyšlení než sestry. Sestry jsou zase pro změnu daleko více podrážděné.

Položka č. 17 – Prostor pro vyjádření respondentky

Tato otázka – Je ještě něco v komunikaci s personálem, co byste chtěla sdělit a nebylo obsahem dotazníku – byla otevřená a nechávala prostor pro svobodomyšlné vyjádření respondentek. Z tohoto důvodu také nelze vyjádřit ani tabulkou ani grafem. Přestože většina respondentek na tuto otázku neodpověděla, z celkového počtu 105 získaných dotazníků na tuto otázku odpovědělo pouze 19 respondentek, objevilo se i pár zajímavých odpovědí, o kterých se podrobněji rozepíši v diskuzi.

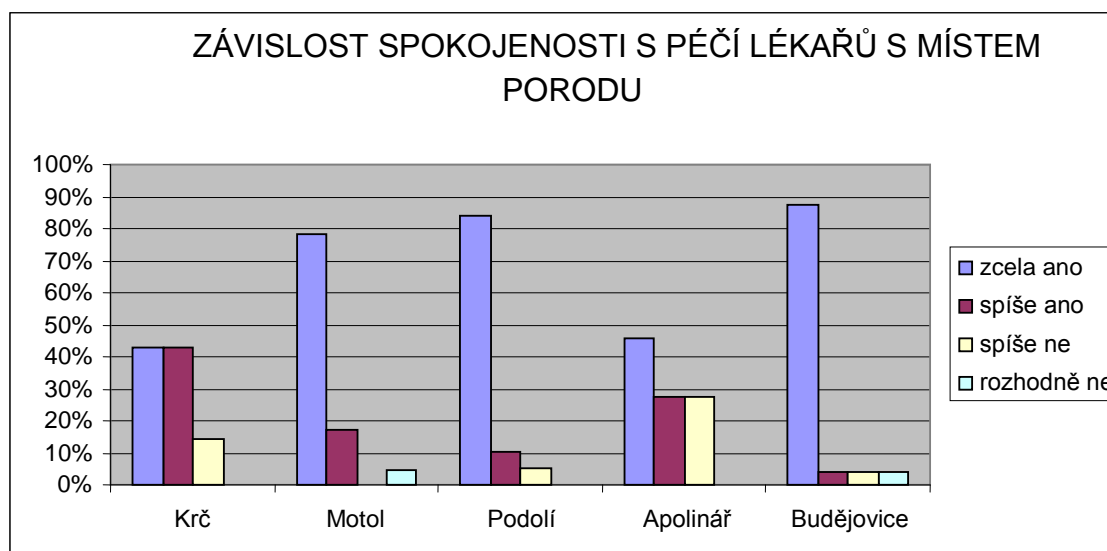
6.4.1 Analýza závislostí jednotlivých položek

Závislost 1 – Závislost spokojenosti s péčí lékařů s místem porodu

Tabulka č. 19: Závislost spokojenosti s péčí lékařů s místem porodu

místo porodu X Q 15a spokojenost s péčí lékařů				
	zcela ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
FTN Krč	43 %	43 %	14 %	0 %
FN Motol	78 %	17 %	0 %	4 %
ÚPMD Podolí	84 %	11 %	5 %	0 %
VFN Apolinář	45 %	27 %	27 %	0 %
České Budějovice	88 %	4 %	4 %	4 %

Graf č. 17: Závislost spokojenosti s péčí lékařů s místem porodu



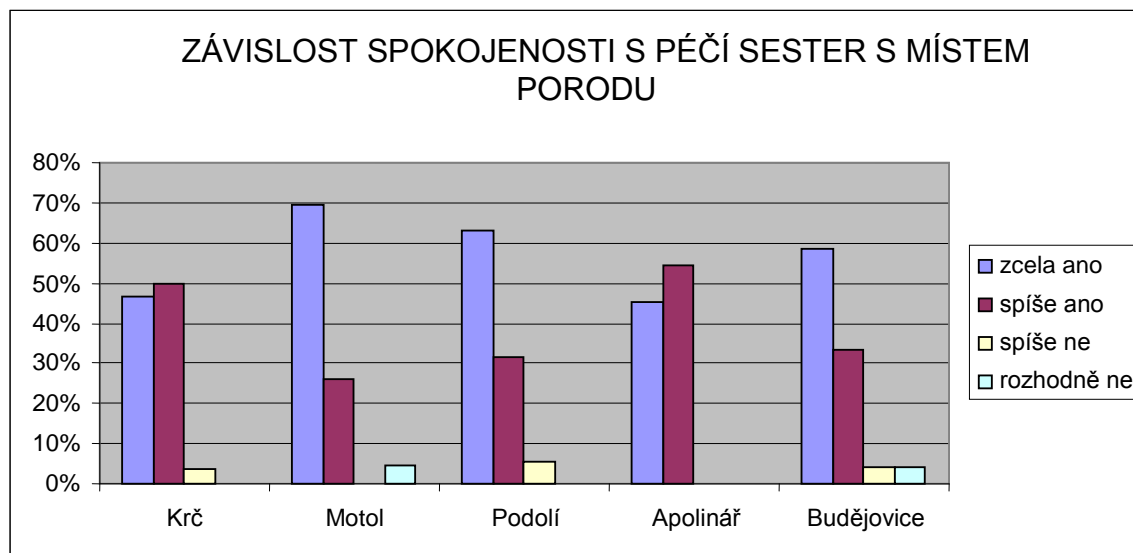
Z grafu a z tabulky vyplývá, že ve všech nemocnicích, kde výzkum probíhal, byla drtivá většina respondentek spokojena s péčí lékařů, což je pozitivní zjištění. V Krči, Podolí a U Apolináře dokonce nebyla ani jednou zaškrtnutá možnost, že by dotazované matky rozhodně nebyly spokojeny s péčí lékařů. V Podolí je míra úplné spokojenosti 84 %, v Budějovicích dokonce 88 %.

Závislost 2 – Závislost spokojenosti s péčí sester s místem porodu

Tabulka č. 20: Závislost spokojenosti s péčí sester s místem porodu

místo porodu X Q 15b spokojenost s péčí sester				
	zcela ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
FTN Krč	46 %	50 %	4 %	0 %
FN Motol	70 %	26 %	0 %	4 %
ÚPMD Podolí	63 %	32 %	5 %	0 %
VFN Apolinář	45 %	55 %	0 %	0 %
České Budějovice	58 %	33 %	4 %	4 %

Graf č. 18: Závislost spokojenosti s péčí sester s místem porodu



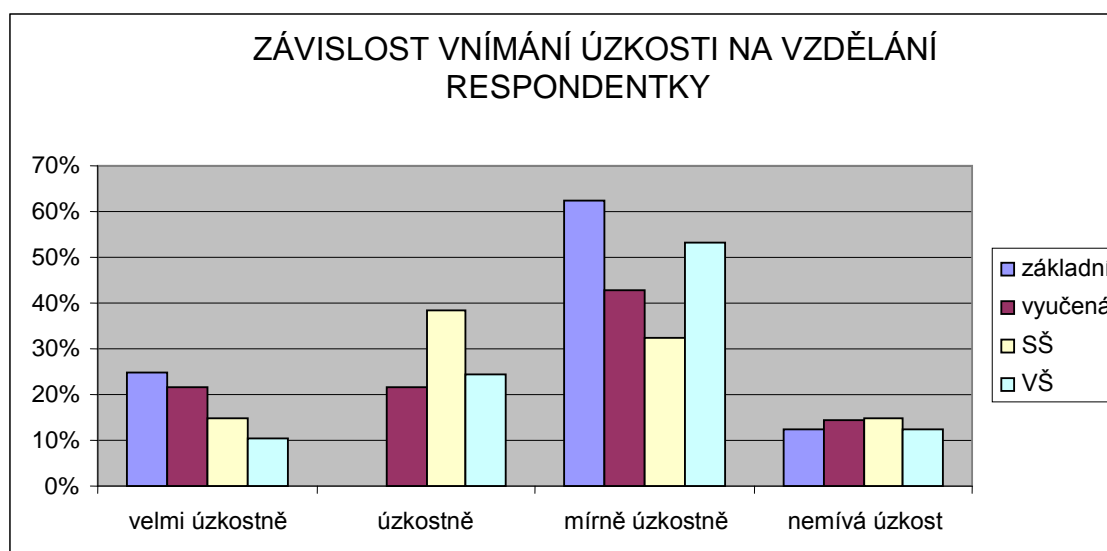
Co se týče spokojenosti s péčí sester v závislosti na místě porodu, i zde, stejně jako u lékařů, byly ve všech nemocnicích respondenty ve většině případů spokojeny. U Apolináře dokonce bylo více či méně spokojeno 100 % respondentek. Nutno ale dodat, že u Apolináře byl celkový vzorek respondentek nejmenší – viz tabulka č. 1. Podrobnosti o této závislosti uvádí tabulka č. 20 a graf č. 18. Při hodnocení spokojenosti s péčí lékařů i sester mohly respondenty označovat v dotazníku více odpovědí.

Závislost 3 – Závislost vnímání úzkosti na vzdělání respondentky

Tabulka č. 21: Závislost vnímání úzkosti na vzdělání respondentky

Q3 vzdělání X Q12 vnímání úzkosti				
	velmi úzkostně	úzkostně	mírně úzkostně	nemívá úzkost
základní	25 %	0 %	63 %	13 %
vyučená	21 %	21 %	43 %	14 %
středoškolské	15 %	38 %	32 %	15 %
vysokoškolské	10 %	24 %	53 %	12 %

Graf č. 19: Závislost vnímání úzkosti na vzdělání respondentky



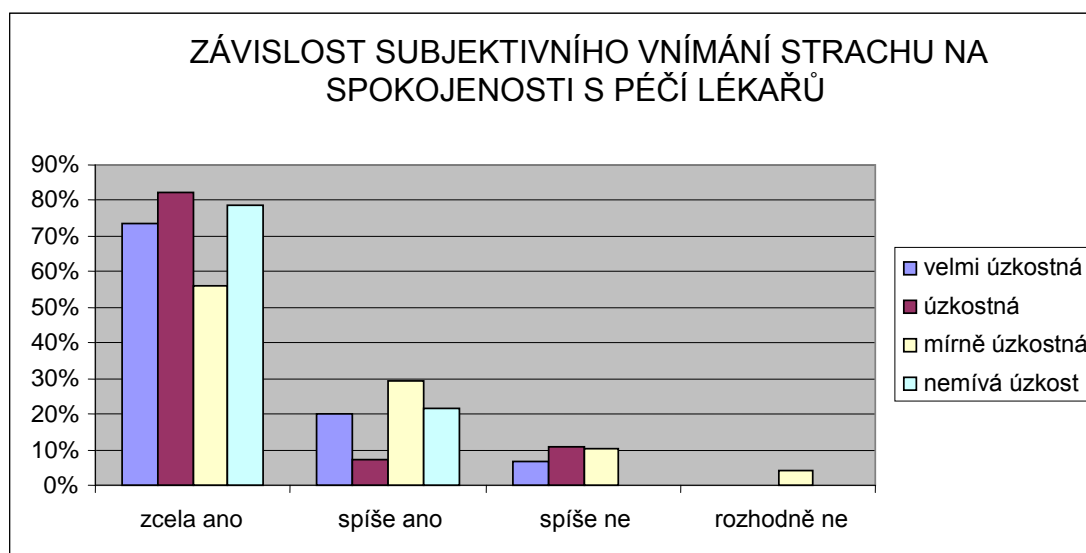
Velmi úzkostně se označilo 25 % respondentek se základním vzděláním, 21 % vyučených respondentek, 15 % se středoškolským vzděláním a pouze 10 % respondentek s vysokoškolským vzděláním. V této kategorii by se tedy dalo říci, že se stoupajícím vzděláním hladina úzkosti klesá. V ostatních kategoriích se tato teorie ale nepotvrzuje. Většina dotazovaných matek se označila bez ohledu na vzdělání jako mírně úzkostné. Další podrobnosti viz tabulka č. 21 a graf č. 19.

Závislost 4 – Subjektivní vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí lékařů

Tabulka č. 22: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí lékařů

Q12 vnímání úzkosti X Q 15a spokojenost s péčí lékařů				
	zcela ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
velmi úzkostná	73 %	20 %	7 %	0 %
úzkostná	82 %	7 %	11 %	0 %
mírně úzkostná	56 %	29 %	10 %	4 %
nemívá úzkost	79 %	21 %	0 %	0 %

Graf č. 20: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí lékařů



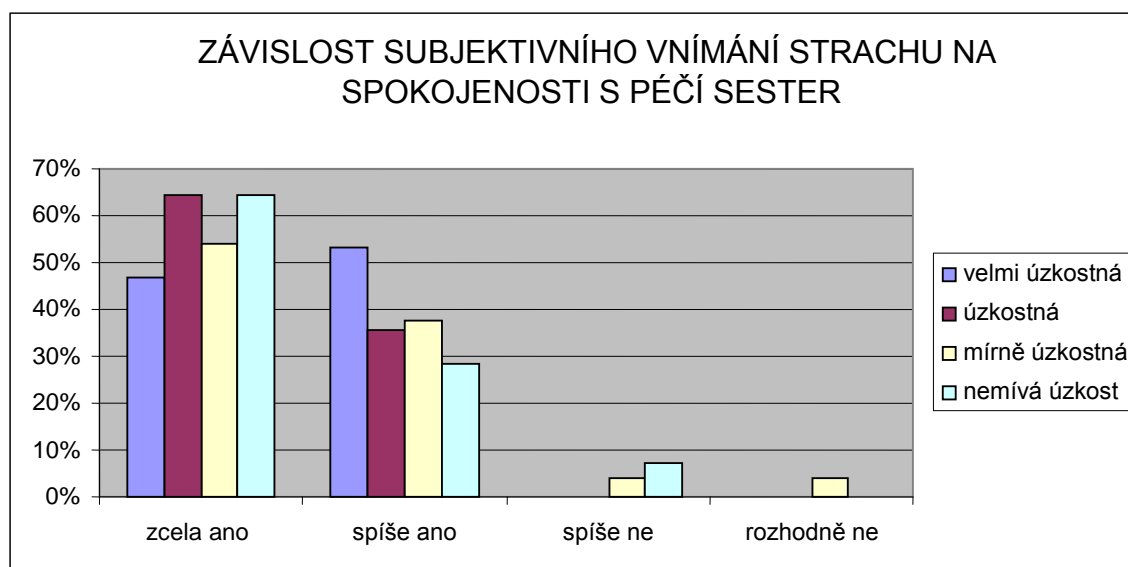
Závislost subjektivního vnímání strachu na spokojenosti s péčí lékařů ukázala, že bez ohledu na to, jak moc se označily respondentky úzkostně, v převážné většině byly všechny více či méně s péčí lékařů spokojeny. Podrobnosti viz tabulka č. 22 a graf č. 20.

Závislost 5 – Subjektivní vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí sester

Tabulka č. 23: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí sester

Q12 vnímání úzkosti X Q 15b spokojenost s péčí sester				
	zcela ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
velmi úzkostná	47 %	53 %	0 %	0 %
úzkostná	64 %	36 %	0 %	0 %
mírně úzkostná	54 %	38 %	4 %	4 %
nemívá úzkost	64 %	29 %	7 %	0 %

Graf č. 21: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí sester



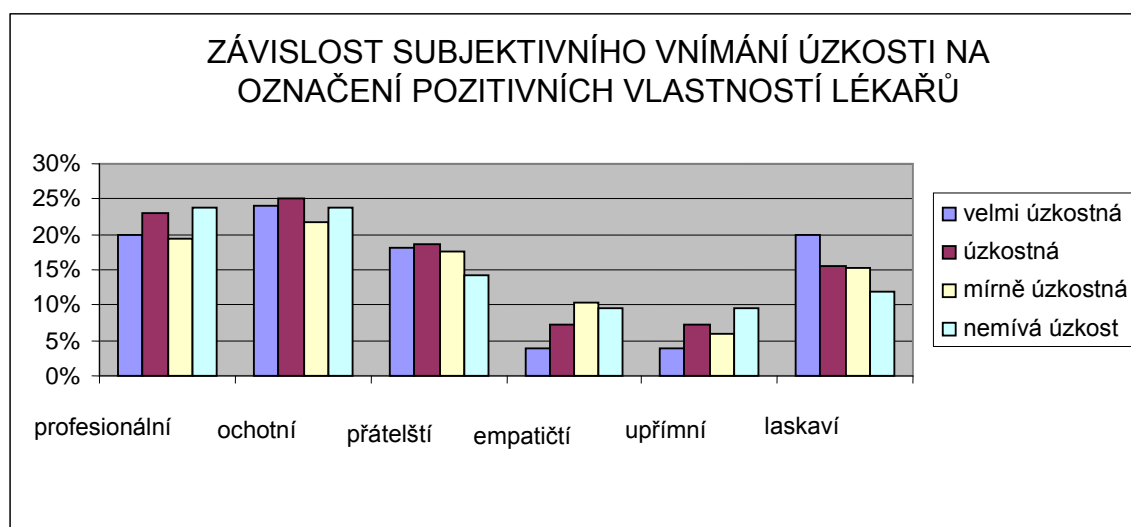
Závislost subjektivního vnímání strachu na spokojenosti s péčí sester vyšla velmi podobně, jako předchozí závislost s péčí lékařů. Bez ohledu na to, jak moc se označily respondentky úzkostně, v převážné většině byly všechny více či méně s péčí sester spokojeny. Podrobnosti viz tabulka č. 23 a graf č. 21.

Závislost 6 – Subjektivní vnímání úzkosti na chování lékařů

Tabulka č. 24: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na chování lékařů

Q12 vnímání úzkosti X Q 16 chování lékařů												
	profesionální	ochotní	nepříjemní	přátelští	namyšlení	empatičtí	upřímní	podráždění	laskaví	arogantní	nevěnovali se	lhostejní
velmi úzkostná	30%	18%	2%	14%	2%	5%	11%	0%	18%	0%	0%	0%
úzkostná	20%	25%	6%	24%	3%	11%	13%	1%	18%	3%	4%	0%
mírně úzkostná	16%	7%	0%	4%	0%	2%	3%	0%	3%	0%	0%	0%
nemívá úzkost	32%	24%	0%	15%	0%	6%	12%	0%	12%	0%	0%	0%

Graf č. 22: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na chování lékařů



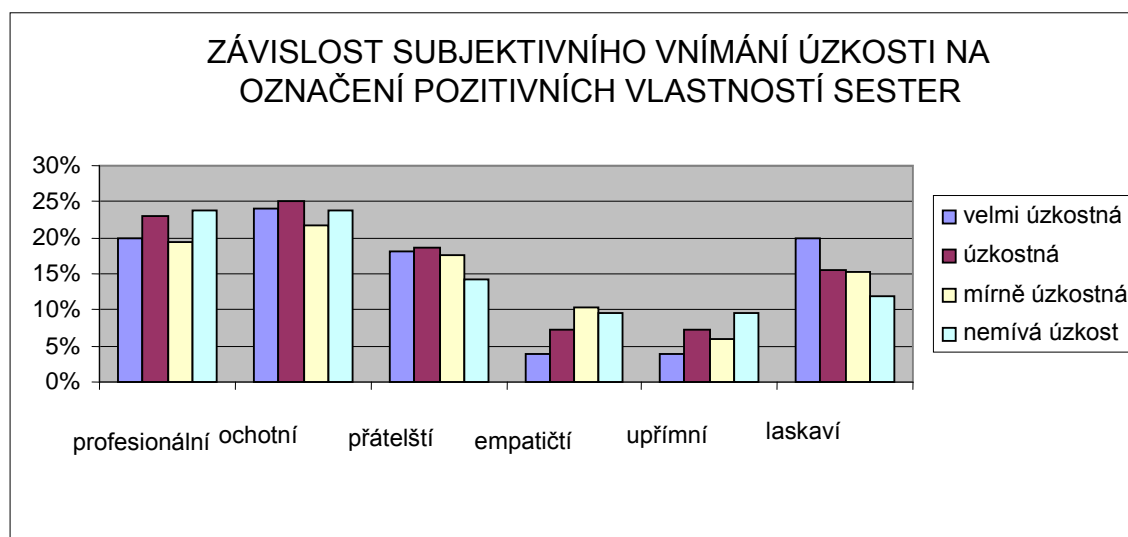
Vliv subjektivního vnímání úzkosti na označení pozitivních vlastností lékařů nepotvrdila žádnou zásadní závislost. Ať se respondentky označily za úzkostné či ne, většinou označily lékaře za profesionální, ochotné a laskavé. Podrobněji viz tabulka č. 24 a graf č. 22.

Závislost 7 – Subjektivní vnímání úzkosti na chování sester

Tabulka č. 25: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na chování sester

Q12 vnímání úzkosti X Q 16 chování sester												
	profesionální	ochotní	nepříjemní	přátelští	namyšlení	empatičtí	upřímní	podráždění	laskaví	arogantní	nevěnovali se	lhostejní
velmi úzkostná	20%	24%	4%	18%	0%	4%	4%	0%	20%	2%	2%	2%
úzkostná	23%	25%	1%	19%	0%	7%	7%	0%	16%	1%	1%	0%
mírně úzkostná	19%	22%	2%	18%	1%	10%	6%	3%	15%	1%	2%	1%
nemívá úzkost	24%	24%	2%	14%	2%	10%	10%	2%	12%	0%	0%	0%

Graf č. 23: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na chování sester



Subjektivní vnímání úzkosti na označení pozitivních vlastností sester - podobně jako u lékařů - také nepotvrdilo žádnou zásadní závislost. Ať se respondentky označily za úzkostné či ne, většinou označily sestry za profesionální, ochotné, přátelské a laskavé. Podrobněji viz tabulka č. 25 a graf č. 23.

7 Diskuse

Zkoumání psychiky patří k nejsložitější oblasti vědeckého výzkumu. Vlivy determinující lidskou psychiku jsou velmi rozmanité, uplatňují se nejen faktory vnitřní, geneticky dané, ale i faktory vnější, přírodní a společenské.

V této diplomové práci jsem se zaměřila jak na psychiku zdravotnického personálu, tak na psychiku matek novorozenců na ARO/JIP a možných vlivů na ni.

Při studiích, které se zabývaly zkoumáním psychických stavů, používali autoři různé metody. Výsledky výzkumů jsou často rozporuplné. Je otázkou, do jaké míry lze subjektivní pocit úzkosti a strachu matek o své děti objektivně zhodnotit, a tím i výsledky šetření pokládat za zcela relevantní.

V této diplomové práci byly pro kvantitativní šetření stanoveny celkem tři cíle a tři hypotézy. V diskuzi nejdříve shrnu otázky, které jsou v přímém vztahu k cílům a hypotézám práce.

Pro zjištění prvního cíle *Zjistit zda má zdravotnický personál na ARO/JIP z pohledu matky dostatek času na komunikaci s rodinou novorozence*. Tato otázka nemohla být položena z důvodu objektivity přímo, protože některá matka může vnímat komunikaci s personálem jednou denně za dostatečnou, na rozdíl od jiné, které bude připadat komunikace třikrát denně nedostatečná. Proto byla v dotazníku otázka naformulována *Jakým způsobem získáváte informace o zdravotním stavu miminka*. Nabízené odpovědi reflektovaly de facto spokojenost s četností komunikace s personálem. Jak je patrné z grafu č. 10 v položce 11, nejčastější odpovědí (v 66 %) bylo, že matky dostanou informace pokaždé, když o ně požádají. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že dostávají informace pravidelně, každý den, jako třetí byla nejčastější odpověď, že dostanou informace kdykoliv, když se změní zdravotní stav jejich dítěte. Všechny tyto tři odpovědi vypovídají o tom, že respondentky mají pocit, že na ně personál má dostatek času. Negativní odpovědi jako že informace dostanou, ale mají pocit, že tím obtěžují a že nejsou spokojeni a očekávaly by od personálu více informací se vyskytly dohromady v 15 %. Dalo by se tedy říci, že i když nedostatky v komunikaci s personálem jsou, ve většině případů jsou respondentky s komunikací s personálem a s časem, který jim je věnován spokojeni.

Pro zjištění druhého cíle *Zjistit jaký vliv má přístup zdravotnického personálu na psychiku matky novorozence* bylo v dotazníku několik otázek. Psychiku matky nelze

posuzovat jinak, než projekcí do jejího vnímání skutečnosti, případně se zohledněním (korelací) jejich reakcí ve vypjatých životních situacích. Proto byla zkoumána závislost subjektivního vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí lékařů a sester. Podrobně to popisuje tabulka č. 22 a 23 a graf č. 20 a 21. A jak již bylo několikrát zmíněno, většina respondentek s přístupem lékařů a sester je spokojena, což je pozitivním zjištěním.

Třetím cílem bylo zjistit, *Jak informovanost o zdravotním stavu dítěte působí na psychiku matky novorozence*. S tímto cílem souvisí v dotazníku hlavně tři otázky. Ty jsou uvedeny v položce 9, 10 a 11. Z grafu č. 8 je zřejmé, že větší polovina respondentek (56 %) uvedla, že jsou spokojeny s možností být s dítětem v kontaktu. Pokud matka není se svým dítětem v kontaktu a nemá o něm informace, je jasné, že bude prožívat daleko silnější pocity úzkosti a strachu. Položka 10 ukazuje, kdo nejčastěji poskytuje matkám informace o dítěti. Je jasné, že informace týkající se zdravotního stavu a léčby poskytuje zásadně lékař, protože to není v kompetencích zdravotních sester, ale zdravotní sestra může poskytnout matce spoustu informací, které matku uklidní a povzbudí. Například informovat, že dneska jejich miminko hezky spinkalo a dobře papalo, může každá sestra a často takováto informace matku potěší a uklidní víc, než konstatování diagnózy, které třeba sama ani nerozumí. S tím souvisí i položka 11, která byla popisována již u prvního cíle a to *Jakým způsobem respondentky získávaly informace nejčastěji*. Jak již zmiňuji, 15 % respondentek uvedlo, že nejsou spokojeny se způsobem získávání informací. 10 % uvedlo, že informace dostanou, ale mají pocit, že tím obtěžují a 5 % uvedlo, že nejsou spokojeni s množstvím informací a že by jich očekávaly víc. Z toho lze usuzovat, že pokud by se informování od lékařů o zdravotním stavu více doplňovalo informacemi od zdravotních sester o tom, jak se dítěti daří, jak již popisuji výše, byla by celková spokojenost matek s informovaností ještě vyšší. A je jasné, že takto informovaná matka se bude cítit psychicky daleko více v pohodě.

Z výsledků výzkumného šetření můžeme hodnotit předem stanovené hypotézy následovně:

Hypotéza 1 předpokládala, že *zdravotnický personál na ARO/JIP nemá dostatek času na komunikaci s rodinou novorozence*.

Při testování této hypotézy jsme v dotazníkovém šetření položili respondentkám otázku, zda jsou spokojeny s péčí lékařů a sester a jaký byl způsob získávání informací

o zdravotním stavu dítěte. Z výsledků, které jsou uvedeny v tabulce č. 11 a grafu č. 14 a 15 je patrné, respondentky jsou spokojeny jak s péčí lékařů, tak s péčí sester. V otázce týkající se způsobu získávání informací se většina respondentek vyjádřila pozitivně. Je tedy zřejmé, že zdravotnický personál má na komunikaci s rodinou novorozence dostatek času. Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 2 předpokládala, že *přístup zdravotnického personálu k matce novorozence má vliv na její psychický stav.*

Tento předpoklad jsme zkoumali pomocí závislosti subjektivního vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí lékařů a sester, což uvádí tabulka č. 22 a 23 a graf č. 20 a 21. Vyšlo najevo, že bez ohledu na to, zda se respondentka označila subjektivně za více či méně úzkostnou, většina z nich byla spokojena jak s péčí lékařů, tak s péčí sester. Dá se tedy říci, že přístup zdravotnického personálu neovlivní to, zda žena je či není úzkostná, ale ovlivňuje to, jaké pocity bude z komunikace s personálem mít, což ovlivní její aktuální psychický stav. Hypotéza 2 se potvrdila.

Hypotéza 3 předpokládala, že *informovanost matky o zdravotním stavu novorozence pozitivně ovlivňuje její psychický stav.*

Obecně se prokázalo, že respondentky vnímají poskytnuté informace za dostatečné a s formou poskytování informací od lékařů a sester jsou ve většině případů spokojeny (viz tabulka č. 11). Je tedy zřejmé, že spokojenost respondentek s poskytováním informací se pozitivně odráží na jejich psychickém stavu. Hypotéza 3 se potvrdila.

Ráda bych se zmínila o otevřené otázce 17 v dotazníku, která nechávala prostor pro jakékoliv vyjádření respondentek týkající se komunikace s personálem, které nebylo obsahem dotazníku. Jak již zmiňuji ve výsledcích práce, na tuto otázku většina respondentek neodpověděla. Více či méně se rozepsalo 19 respondentek. Z těchto odpovědí by se dalo 14 z nich zařadit do kategorie, kdy respondentky děkují personálu, či konkrétním lékařům a sestrám za péči o jejich děti a poukazují na to, jak jsou rády, že ví, že jsou jejich děti v těch nejlepších rukou. 5 odpovědí bylo negativních, kritizujících přístup sester či lékařů a poukazujících na nedostatky chodu oddělení. Většina odpovědí byla psána velmi emotivně a zajímavě. Proto si myslím, že si zaslouží, abych přesně citovala některé z nich.

„Jsem nadšená z profesionálního přístupu lékařů a sester (představení se, snaha o vysvětlení zdravotního problému schůdně pro laika, aktivní komunikace, info o podaných lécích či léčbě, člověk si konečně nepřipadá jako blbec ☺. Děkuji!“

„Velice obdivuji a vážím si této nelehké práce lékařů a sester na novorozenecké JIP.“

„Jsem velice vděčná za možnost přijít miminko nakojit, přebalit a tím se na jeho péči podílet a naučit se tak o něj starat.“

„Občas paní doktorka řekla zdravotní stav miminka až příliš krutě. Myslím, že i špatné zprávy lze říci lépe.“

„Na takovýchto odděleních by měly být sestry, které umí porozumět mamince. Protože když se narodí dítě v 26. týdnu a matka nemá možnost si dítě pochovat a přebalit, tak by se měly chovat alespoň příjemně.“

Na závěr diskuze bych chtěla konstatovat, že celému procesu, od zpracování teoretické části, vypracování dotazníku, vlastního výzkumu, třídění výsledků výzkumu a zpracování empirické části práce, jsem se věnovala s velkým zájmem. Závěry z této práce budou přínosem jak pro můj profesní tak i osobní život.

Velice mě potěšilo, že se v otevřené otázce 17 objevil i tento komentář.

„Chybí mi zde pochopení, že matka je s dítětem psychicky spjata a proto nelze miminko na JIP vnímat pouze jako samostatného pacienta. Dle mého názoru je třeba vnímat matku + otce + dítě jako jeden sourodý celek. Řada průzkumů v této oblasti již dávno prokázala toto důležité a jedinečné spojení. Děkuji Vám, za Váš zájem o tuto oblast, kterou považuji stále za dostatečně neprozkoumanou a bohužel, leckdy i nedoceněnou. V případě dalších dotazů Vám poskytnu svůj email a ráda se podělím o své vlastní zkušenosti i pocity.“

Osobní poznámka

Když jsem si volila téma diplomové práce, ještě jsem netušila, jak moc bude toto téma pro mě v osobním životě aktuální. Během studia jsem totiž otěhotněla a těhotenství bylo po celou dobu rizikové. Psaní práce pro mě bylo v mnoha ohledech daleko náročnější, jelikož když jsem popisovala komplikace u nedonošených dětí a co prožívají jejich rodiče, uvědomovala jsem si, že do této situace se velice snadno můžu dostat i já. Nám se nakonec narodil zdravý a donošený chlapeček, ale díky vlastnímu těhotenství jsem měla pro všechny matky, kterým se dítě narodilo dříve, či potřebovalo po porodu odbornou péči, daleko větší pochopení. Obdivuji je za to, že si v této nelehké situaci našly čas na vyplnění dotazníků potřebných pro tuto práci.

A přesto, že jsem zdravotník, přesněji porodní asistentka a během těhotenství a porodu jsem byla v kontaktu převážně se svými pracovními kolegy a kamarády a celková péče byla pro mě daleko přátelštější, zažívala jsem pocity strachu a úzkosti a často i zoufalství, jak vše nakonec dopadne. Teď zpětně si uvědomuji, o kolik těžší to mají matky, které se kromě toho, že mají strach o své dítě, pohybují v cizím prostředí a komunikují s lidmi, které nikdy předtím neviděly a neví co od nich mohou čekat. Proto se domnívám, že je nesmírně důležité, aby jakýkoliv zdravotnický pracovník, který je s matkami a jejich rodinami v kontaktu, byl co nejvlídnější, nejprátelštější a ochotný se jim věnovat.

8 Závěr

Předložená diplomová práce měla stanoveny tři cíle. Zjistit zda má zdravotnický personál na ARO/JIP z pohledu matky dostatek času na komunikaci s rodinou novorozence. Druhý cíl zjišťoval jaký vliv má přístup zdravotnického personálu na psychiku matky novorozence. Třetím cílem jsme zjišťovali jak informovanost o zdravotním stavu dítěte působí na psychiku matky novorozence. A dále byly stanoveny tři hypotézy vycházející z popsaných cílů.

Ke splnění cílů výzkumu a k ověření hypotéz byl použit kvantitativní výzkum s metodou nestandardizovaného dotazníku. Výzkum probíhal ve čtyřech pražských a jedné mimopražské nemocnici. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, získáno bylo 105 použitelných dotazníků, návratnost byla tedy 87,5 %. K vyhodnocení dat byla použita metoda statistického zpracování pomocí počítačového programu SPSS a při zpracovávání výsledků jsme vycházeli ze Strategických dokumentů 4 - Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky.

Z výsledků vyšlo najevo, že 88 % respondentek pociťuje silný nebo velmi silný strach o své dítě. Nejvíce pomáhá respondentkám tyto pocity odstranit nebo alespoň zmírnit kromě podpory rodiny a přátel především dostatek informací o miminku a komunikace se zdravotnickým personálem a jejich empatický přístup. Je tedy patrné, že vyjma rodiny a přátel jsou to především zdravotníci, kdo může ženám v jejich nelehké situaci pomoci.

O zdravotním stavu dítěte informoval ženy v 69 % lékař a v 30 % sestra nebo porodní asistentka. Pozitivním zjištěním bylo, že 89 % dotazovaných žen bylo spokojeno s péčí lékařů a dokonce 96 % respondentek bylo spokojeno s péčí sester. Přestože většina žen uvedla, že byly spokojeny jak s péčí lékařů, tak s péčí sester, pouze 56 % dotazovaných bylo spokojeno s možností být se svým dítětem v kontaktu.

Cíle práce byly splněny. Hypotéza 1 se nepotvrdila, hypotézy 2 a 3 se potvrdily. Výsledky jsou interpretovány pomocí 25 ti tabulek a 23 ti grafů.

Zjištěné výsledky budou využitelné převážně pro zdravotnický personál na jednotkách intenzivní péče pro novorozence, pro další rozvoj a zlepšení vztahů mezi rodinou a zdravotnickým personálem.

9 Doporučení pro praxi

Je přirozené, že matky prožívají o své děti na ARO a JIP velký strach a úzkost. Tyto pocity vedou k celkově špatnému psychickému stavu, který matky přenáší i na své dítě. I velmi nedonošené a nezralé dítě tyto pocity může vycítit a mohou ovlivňovat celý jeho budoucí vývoj. Proto je třeba psychickému stavu matek věnovat stejnou pozornost jako celkovému zdravotnímu stavu jejich dětí.

Nelze předem odhadnout, které ženy budou více prožívat pocity strachu a úzkosti, psychosociální anamnéza pro nás sice může být obecným vodítkem, ale nejdůležitější je individuální sledování psychického stavu ženy.

Pocitům strachu a úzkosti lze do jisté míry předcházet nebo je alespoň mírnit. Nejvíce pomáhají rodičkám podpora partnera, dále informace o jejich miminku a také profesionální přístup zdravotníků. Zdravotníci mohou svým profesionálním přístupem a poskytováním informací významně pomoci matkám zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu.

Jak již uvádím v závěru práce, pouze 56 % dotazovaných žen bylo spokojeno s možností být se svým dítětem v kontaktu. Ne vždy jde zařídit, aby žena v kontaktu s dítětem byla tak, jak by si představovala. Nejčastější odpovědí v otevřené otázce proč nemohly být ženy s dětmi v kontaktu bylo, že to neumožňoval jejich zdravotní stav, např. když ony samy ležely na JIP po císařském řezu. Mezi další důvody pak zmiňovaly zdravotní stav samotného dítěte. Objevovaly se ale i názory, že důvodem, proč nemohly být v kontaktu, byla neochota personálu, či to že to neumožňoval provoz oddělení. Zde se domnívám, že je velký prostor pro zamyšlení a že situace by se dala velmi významně být jen s malým úsilím zlepšit. Samozřejmě, všichni z praxe známe, že času není nikdy dost, ale zamysleme se, kolik času by nás stálo, zajít za matkou nedonošeného novorozence, která se o něj bojí, protože neví, co se s ním děje, jak na tom je, či zda dokonce žije a informovat ji o tom, kde leží, jak se mu daří a věnovat jí pár vlídných slov o tom, že její dítě je v dobrých rukou a ať se nebojí, že všichni udělají všechno proto, aby se mu dařilo co nejlépe. Jsem přesvědčena, že těchto pár minut a pár povzbudivých vět by se zásadně odrazilo na psychickém stavu a celkové spokojenosti všech matek a jak už bylo řečeno i na pozitivní energii, kterou v tomto těžkém období novorozenec na ARO a JIP tolik potřebuje.

10 Seznam použité literatury

1. BARTOŠÍKOVÁ, Z.; TYRLÍK, M. *Prožívání změn tělesné hmotnosti v graviditě*. Česká gynekologie. 2002, ročník 67, č. 2. s. 65-71. ISSN 1210-7832
2. BAŠTECKÝ, J.; ŠAVLÍK, J.; ŠIMEK, J. a kol. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 368 s. ISBN 80-7169-031-7.
3. BOREK, I. a kolektiv autorů. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelství* 1. vydání, Brno: IDVPZ, 1997. 322 s. ISBN 80-7013-245-0.
4. CORETH E. *Co je člověk*. 1. vydání, Praha: Zvon: 1994. 211 s
5. ČECH, E.; HÁJEK, Z.; MARŠÁL, K.; SRB, B. a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.
6. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, 1995. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.
7. ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy*. Praha: SVTI Ikem, 1992. 48 s.
8. DAVID, R. *Práva dítěte*. 1. vydání, Olomouc, 1999, 175 s. ISBN 80-7182-0765
9. DOLEŽAL, T.; DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha : Linde Praha, a.s., 2007. 138 s.
10. DORT, J. a spolupracovníci. *Neonatologie. Vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1.vydání, Praha: Karolinum, 2004. 101 s. ISBN 80-247-0179-0
11. FENDRYCHOVÁ, J.; BOREK, I., *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vydání, Brno: NCONZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4
12. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1. vydání, Brno: NCONZO, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4
13. GOLDMANN, P. *Dvojitý přístup k mateřství*. [cit.12.2.2008] Dostupné na WWW: <http://www.volny.cz/cpr.praha/publikace/goldmann1.htm>
14. HÁJEK, Z. a kol. *Psychosomatické aspekty rizikového těhotenství*. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha: Levret, 1999, s.155-158.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. 230 s. ISBN 80-85824-03-5.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 9 : Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*. vyd. 1. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků, 2001. 57 s.

17. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas : Proč a jak?*. vyd. 1. Praha : Galén, 2007. 104 s.
18. HOFMANOVÁ, L. *Péče o matku a dítě*. In Sestra, 2006, ročník 16, č. 3, str. 47. ISSN 1210-0404.
19. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-206-0434-0.
20. HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-05-5.
21. HONZÁK, R. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.
22. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
23. JEDLIČKA, R. *Psychosociální vývoj dítěte a jeho poruchy z hlediska hlubinné psychologie*. Praha: UK Pedagogická fakulta SVI, 2003, ISBN 80-7290-070-6
24. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9
25. KRAMPEROVÁ, R. *Je možné dosáhnout plošné prenatální přípravy v podmínkách malého města?* Sborník textů z mezinárodní konference o přirozeném porodu. Přivádíme děti na svět, Praha: Aperio, 2002, s. 80-81. ISBN 80-903087-1-6
26. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2007. 163 s.
27. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
28. MATĚJČEK, Z.; LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama 1986. 368 s. 11-060-86.
29. MATĚJČEK, Z.; LANGMEIER, J. *Výpravy za člověkem*. Praha: Odeon, 1981. 218 s., ISBN 80-7178-853-8.
30. MATĚJČEK, Z.; BURLEOVÁ, V.; KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. 70 s. ISBN 80-85121-89-1.
31. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod. Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. Brno: Computer Press, 2004, ISBN 80-251-0202-1

32. NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. 400 s. ISBN 80-85255-74-X.
33. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525.
34. NOVÁK, I. et al. *Intenzivní péče v pediatrii*. Praha: Galén 2008. 579 s. ISBN 978-80-7262-512-3
35. ODENT, M. *Láska jako věda*. Praha: nakladatelství a vydavatelství SZ, 2001. 112 s. ISBN 80-86489-02-7.
36. PROŠKOVÁ, E. *Řízení a ekonomika zdravotnictví: Vzdělávání zdravotnických pracovníků*, 1. LF UK v Praze, 1. prosinec 2008
37. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11, Sestra-reprezentant profese*, Brno, 2002. tirážní znak 57-866-02
38. TAKÁCS, L., *Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče*. Česká gynekologie. 2012, ročník 77, č. 1. s. 15-21. ISSN 1210-7832
39. THOMASMA, D. C.; KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti : Etické problémy v lékařství*. vyd. 1. Praha : Mladá fronta, 2000. 389 s
40. ULČ, I. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-790-7.
41. VOKURKA, M.; HUGO, J., a kol. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4.

Další použité zdroje

42. Listina základních práv a svobod. [cit.23.3.2008] Dostupné na WWW:
<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
43. Etický kodex České lékařské komory. Dostupné na WWW:
<http://wwwold.fnol.cz/main.jsp?id=19>
44. Etický kodex pro zdravotní sestry . Dostupné na WWW:
http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf
45. Charta práv dětí v nemocnici. Dostupné na WWW:
http://zdravotni.praha.eu/jnp/cz/informace_pro_pacienty/charta_prav_pacienta/charta_prav_deti_v_nemocnici.html
46. WHO, Strategické dokumenty 4. *Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky*. Praha: MZ ČR, 2002. ISBN 80-85047-23-3

Přehled tabulek

Tabulka č. 1: Místo dotazování respondentek	37
Tabulka č. 2: Věk respondentek	38
Tabulka č. 3: Rodinný stav	39
Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání	40
Tabulka č. 5: Četnost porodu	41
Tabulka č. 6: Týden těhotenství, kdy respondentka porodila	42
Tabulka č. 7: Způsob porodu	43
Tabulka č. 8: Přítomnost blízké osoby u porodu	44
Tabulka č. 9: Důvody nedostatečného kontaktu s miminkem	45
Tabulka č. 10: Osoba sdělující informace o zdravotním stavu dítěte	46
Tabulka č. 11: Způsob získávání informací	47
Tabulka č. 12: Sebehodnocení respondentek	48
Tabulka č. 13: Posouzení vlastní míry strachu o miminko	49
Tabulka č. 14: Subjektivní metody zmírnění strachu	50
Tabulka č. 15: Spokojenost s péčí lékařů	51
Tabulka č. 16: Spokojenost s péčí sester	52
Tabulka č. 17: Charakteristika chování lékařů	53
Tabulka č. 18: Charakteristika chování sester	53
Tabulka č. 19: Závislost spokojenosti s péčí lékařů s místem porodu	55
Tabulka č. 20: Závislost spokojenosti s péčí sester s místem porodu	56
Tabulka č. 21: Závislost vnímání úzkosti na vzdělání respondentky	57
Tabulka č. 22: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí lékařů ..	58
Tabulka č. 23: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí sester ..	59
Tabulka č. 24: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na chování lékařů	60
Tabulka č. 25: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na chování sester	61

Přehled grafů

Graf č. 1: Věkové kategorie respondentek.....	38
Graf č. 2: Rodinný stav	39
Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání	40
Graf č. 4: Pokolikáté respondentka porodila	41
Graf č. 5: Týden těhotenství, kdy respondentka porodila.....	42
Graf č. 6: Způsob porodu.....	43
Graf č. 7: Přítomnost blízké osoby u porodu	44
Graf č. 8: Možnost kontaktu s miminkem	45
Graf č. 9: Osoba sdělující informace o zdravotním stavu miminka	46
Graf č. 10: Způsob získávání informací.....	47
Graf č. 11: Sebehodnocení respondentek	48
Graf č. 12: Posouzení vlastní míry strachu o miminko.....	49
Graf č. 13: Subjektivní metody zmírnění strachu	50
Graf č. 14: Spokojenost s péčí lékařů	51
Graf č. 15: Spokojenost s péčí sester	52
Graf č. 16: Charakteristika chování lékařů a sester	54
Graf č. 17: Závislost spokojenosti s péčí lékařů s místem porodu	55
Graf č. 18: Závislost spokojenosti s péčí sester s místem porodu	56
Graf č. 19: Závislost vnímání úzkosti na vzdělání respondentky	57
Graf č. 20: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí lékařů.....	58
Graf č. 21: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na spokojenosti s péčí sester.....	59
Graf č. 22: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na chování lékařů.....	60
Graf č. 23: Závislost subjektivního vnímání úzkosti na chování sester.....	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Žádost o povolení dotazníkové akce

Příloha č. 2 – Schválení žádosti dotazníkového šetření

Příloha č. 3 – Dotazník vlastní konstrukce

Příloha č. 4 – Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č. 5 – Etický kodex pro zdravotní sestry

Příloha č. 6 – Etický kodex České lékařské komory